



HAL
open science

Sensibilisation des pharmaciens d'officines à la pharmacodépendance : enquête avant et après sensibilisation

Julie Audrey Cuzin

► **To cite this version:**

Julie Audrey Cuzin. Sensibilisation des pharmaciens d'officines à la pharmacodépendance : enquête avant et après sensibilisation. Sciences pharmaceutiques. 2007. dumas-01091453

HAL Id: dumas-01091453

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01091453>

Submitted on 5 Dec 2014

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il n'a pas été réévalué depuis la date de soutenance.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact au SICD1 de Grenoble : **thesebum@ujf-grenoble.fr**

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>



Année : 2007

N° 7049

**Sensibilisation des pharmaciens d'officines à la
Pharmacodépendance :
Enquête avant et après sensibilisation**

THESE

Présentée pour l'obtention du titre de Docteur en Pharmacie

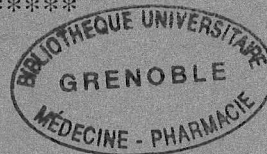
DIPLOME D'ETAT

CUZIN Julie Audrey

Née le 10/06/1982 A La Tronche

Thèse soutenue publiquement à la Faculté de Pharmacie de Grenoble

Le 17 décembre 2007



Devant le jury composé de :

Président du jury : Mme DELETRAZ-DELPORTE Martine

Membres : Mr MALLARET Michel

Mme BERAS Mathilde

**UNIVERSITE JOSEPH FOURIER
FACULTE DE PHARMACIE DE GRENOBLE**

Année : 2007

N°

**Sensibilisation des pharmaciens d'officines à la
Pharmacodépendance :
Enquête avant et après sensibilisation**

THESE

Présentée pour l'obtention du titre de Docteur en Pharmacie

DIPLOME D'ETAT

CUZIN Julie Audrey

Née le 10/06/1982 A La Tronche

Thèse soutenue publiquement à la Faculté de Pharmacie de Grenoble

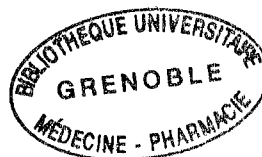
Le 17 décembre 2007

Devant le jury composé de :

Président du jury : Mme DELETRAZ-DELPORTE Martine

Membres : Mr MALLARET Michel

Mme BERAS Mathilde



UNIVERSITE JOSEPH FOURIER
FACULTE DE PHARMACIE DE GRENOBLE
Domaine de la Merci 38700 LA TRONCHE

Doyen de la Faculté : Mme le Professeur **Renée GRILLOT**
Vice - doyen : Mme **Edwige NICOLLE**

Année 2007-2008

MAITRES DE CONFERENCES DE PHARMACIE

ALDEBERT	Delphine	Parasitologie – Mycologie (L.A.P.M)
ALLENET	Benoît	Pharmacie clinique (ThEMAS TIMC- IMAG /CHU)
BATANDIER	Cécile	Nutrition et Physiologie (L.B.F.A)
BOUMENDJEL	Ahcène	Pharmacognosie (D.P.M)
BRETON	Jean	Biologie moléculaire / Biochimie (L.C.I.B)
BUDAYOVA SPANO	Monika	Biophysique structurale (U.V.H.C.I)
CHOISNARD	Luc	Pharmacotechnie et Vectorisation (D.P.M)
COLLE	Pierre Emmanuel	Anglais
DELETRAZ-DELPORTE	Martine	Droit Pharmaceutique Economie Santé
DEMEILLIERS	Christine	Biochimie (N.V.M.C)
DESIRE	Jérôme	Chimie Bio-organique (D.P.M)
DURMORT-MEUNIER	Claire	Microbiologie (I.B.S)
ESNAULT	Danielle	Chimie analytique (D.P.M)
FAURE	Patrice	Biochimie (HP2 / CHU)
GEZE	Annabelle	Pharmacotechnie et Vectorisation (D.P.M)
GERMI	Raphaële	Microbiologie (I.V.H.C.I / CHU)
GILLY	Catherine	Chimie thérapeutique (D.P.M)
GROSSET	Catherine	Chimie analytique (D.P.M)
HININGER-FAVIER	Isabelle	Biochimie (L.B.F.A)
JOYEUX-FAURE	Marie	Physiologie-Pharmacologie (HP2)
KRIVOBOK	Serge	Botanique (L.C.B.M)
MOUAMADOU	Bello	Cryptogamie, Mycologie générale (L.E.C.A)
MORAND	Jean-Marc	Chimie thérapeutique (D.P.M)
MELO DE LIMA	Christelle	Biostatistiques (L.E.C.A)
NICOLLE	Edwige	Chimie organique (D.P.M)
PINEL	Claudine	Parasitologie-Mycologie médicale (CIB/CHU)
RACHIDI	Walid	Biochimie (L.C.I.B)
RAVEL	Anne	Chimie analytique (D.P.M)
RAVELET	Corinne	Chimie analytique (D.P.M)
SEVE	Michel	Biotechnologie (CHU/CRI IAB)
SOUARD	Florence	Pharmacognosie (D.P.M)
TARBOURIECH	Nicolas	Biophysique (U.V.H.C.I)
VANHAVERBEKE	Cécile	Chimie bio-organique (D.P.M)
VILLET	Annick	Chimie analytique (D.P.M)

ENSEIGNANTS ANGLAIS

FITE Andréé
GOUBIER Laurence

POSTES D'ATER

1 /2 ATER	RECHOUM	Yassine	Immunologie
1 /2 ATER	MESSAI	Radja	Mathématiques
1 /2 ATER	GLADE	Nicolas	Biophysique
1 ATER	KHALEF	Nawale	Pharmacie galénique et industrielle, Formulation et procédés pharmaceutiques
1 ATER	NZENGUE	Yves	Biologie cellulaire
1 ATER	PEUCHMAUR	Marine	Chimie Organique

PROFESSEUR AGREGE (PRAG)

ROUTABOUL Christel Chimie inorganique (D.P.M)

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CIB : Centre d'Innovation en Biologie

DPM : Département de Pharmacotechnie Moléculaire

HP2 : Hypoxie Physiopathologie Respiratoire et Cradiovasculaire

IAB : Institut Albert Bonniot, Centre de Recherche « Oncogénèse et Ontogénèse »

IBS : Institut de Biologie Structurale

LAPM : Laboratoire Adaptation et Pathogénèse des Microorganismes

LBFA : Laboratoire de Bioénergétique Fondamentale et Appliquée

LCBM : Laboratoire Chimie et Biologie des Métaux

LCIB : Laboratoire de Chimie Inorganique et Biologie

LECA : Laboratoire d'Ecologie Alpine

NVMC : Nutrition, Vieillesse, Maladies Cardiovasculaires

TIMC-IMAG : Laboratoire Technique de l'Imagerie, de la Modélisation et de Cognition

UVHCI : Unit of Virus Host Cell Interactions

UNIVERSITE JOSEPH FOURIER
FACULTE DE PHARMACIE DE GRENOBLE
Domaine de la Merci 38700 LA TRONCHE

Doyen de la Faculté : Mme le Professeur **Renée GRILLOT**
Vice -doyen : **Edwige NICOLLE**
Année 2007-2008

PROFESSEURS A L'UFR DE PHARMACIE

BAKRI	Aziz	Pharmacie galénique et industrielle, Formulation et procédés pharmaceutiques (GRNR)
BURMEISTER	Wilhelm	Physique (U.V.H.C.I)
CALOP	Jean	Pharmacie clinique (CHU)
DANEL	Vincent	SAMU-SMUR et Toxicologie (CHU)
DECOUT	Jean-Luc	Chimie inorganique (D.P.M)
DROUET	Emmanuel	Immunologie/ Microbiologie / Biotechnologie (U.V.H.C.I)
FAVIER	Alain	Biochimie (L.C.I.B/CHU)
GODIN-RIBUOT	Diane	Physiologie - Pharmacologie
GRILLOT	Renée	Parasitologie - Mycologie médicale (Directeur UFR et CHU)
MARIOTTE	Anne-Marie	Pharmacognosie (D.P.M)
PEYRIN	Eric	Chimie analytique (D.P.M)
RIBUOT	Christophe	Physiologie – Pharmacologie (HP2)
ROUSSEL	Anne-Marie	Biochimie (L.B.F.A)
WOUESSIDJEW	Denis	Pharmacotechnie et Vectorisation (D.P.M)

PROFESSEURS ASSOCIES

CHAMPON	Bernard	Pharmacie clinique (CHU)
RIEU	Isabelle	Qualitologie (CHU)

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

DPM : Département de Pharmacotechnie Moléculaire

GRNR : Groupe de Recherche sur les Nouveaux Radiopharmaceutiques

HP2 : Hypoxie Physiopathologie Respiratoire et Cardiovasculaire

LBFA : Laboratoire de Bioénergétique Fondamentale et Appliquée

LCIB : Laboratoire de Chimie Inorganique et Biologie

UVHCI : Unit of Virus Host Cell Interactions

REMERCIEMENTS

Je remercie tout d'abord Mr Mallaret pour m'avoir encouragé, accueilli chaleureusement, et encadré au cours de ce travail avec enthousiasme.

Je remercie Mme Deletraz d'avoir accepté de présider le jury et Mme Beras de m'avoir fait l'honneur de participer au jury.

Les données de ce travail n'auraient pu être recueillies sans le concours des pharmaciens qui ont participé à cette enquête. Un grand merci à eux.

Je remercie tout particulièrement pour leur soutien moral, Jérôme, Charlotte, Martine et Bernard, Françoise ainsi que tout l'ensemble de ma famille, et amis.

Merci pour leur soutien inconditionnel durant ses longues années d'études.

Je dédie cette thèse

A Jérôme,

A ma famille

Pour la patience et le dévouement dont ils ont fait preuve.

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS	5
TABLE DES MATIERES	7
LISTE DES FIGURES ET TABLEAUX	10
ABREVIATIONS	14
INTRODUCTION	16
1. LES COMPORTEMENTS DE CONSOMMATION DES SUBSTANCES PSYCHO ACTIVES.....	18
1.1. L'USAGE (ET LE MESUSAGE)	19
1.2. L'USAGE NOCIF OU ABUS	19
1.3. LA DEPENDANCE.....	20
2. EVOLUTION DES CONSOMMATIONS DE DROGUE EN FRANCE	23
3. EVOLUTION DES POLITIQUES PUBLIQUES FACE AU PROBLEME DE LA TOXICOMANIE	28
3.1. LA LOI DE 1970 : CADRE LEGAL DE LA POLITIQUE FRANÇAISE	29
3.2. L'INJONCTION THERAPEUTIQUE.....	29
3.3. LA POLITIQUE DE PREVENTION	30
3.4. LA POLITIQUE SANITAIRE.....	32
3.5. LES PLANS SUCCESSIFS MIS EN PLACE PAR LA MILDT	33
3.5.1. <i>Le plan triennal</i>	33
3.5.2. <i>Le plan quinquennal</i>	35
4. EVALUATION DU POTENTIEL OFFICINAL DANS LA CONNAISSANCE DU PATIENT USAGER DE DROGUE.....	37
4.1. DE NOUVELLES PRATIQUES PHARMACEUTIQUES	38
4.2. UN TRIPLE PARADOXE	38
4.3. LA PARTICIPATION DES OFFICINES	39
5. ENQUETE DE SENSIBILISATION DU PHARMACIEN A LA PHARMACODEPENDANCE	41
5.1. INTRODUCTION	42
5.2. MATERIEL ET METHODES.....	42
5.2.1. <i>Les questionnaires</i>	43
5.2.2. <i>Le logiciel d'enquête</i>	47
5.2.3. <i>La brochure d'information</i>	48
5.3. RESULTATS.....	49
5.3.1. <i>Axe 1 : Relation pharmacien - usager de drogue</i>	52
5.3.2. <i>Axe 2 : Types de pratiques professionnelles et collaboration</i>	54
5.3.3. <i>Axe 3 : Connaissance générale des substances psycho actives (à partir d'un cas concret)</i>	61
5.3.4. <i>Axe 4 : Sensibilisation à l'évaluation de la dépendance (à partir d'un cas concret)</i>	70

5.3.5. Axe 5 : <i>Evaluation de la qualité de la formation professionnelle</i>	79
5.3.6. Axe 6 : <i>Evaluation de la brochure d'information</i>	80
5.4 DISCUSSION	83
6. CONCLUSION	90
7. BIBLIOGRAPHIE	93
8. ANNEXES	98
9. SERMENT DES APOTHICAIRES	118

LISTE DES FIGURES ET TABLEAUX

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Usage au cours de la vie de substances psycho actives parmi les 18-44 ans. Évolutions depuis 1992. D'après (6)	25
Figure 2 : Estimation du nombre de personnes recevant un traitement de substitution. D'après (8).....	27
Figure 3 : Répartition des officines en fonction de leur pratique professionnelle.....	50
Figure 4 : Réponse à la question : Avez-vous rencontré dans votre officine au cours des quatre dernières semaines des problèmes particuliers liés à la toxicomanie ?	51
Figure 5 : Répartition par type des réponses affirmatives à la question : Avez-vous rencontré dans votre officine au cours des quatre dernières semaines des problèmes particuliers liés à la toxicomanie ?	53
Figure 6 : Répartition des problèmes rencontrés liés à la toxicomanie par type de pratique professionnelle.....	53
Figure 7 : Distribution des pharmacies en fonction du nombre d'usagers de drogue les fréquentant par semaine.....	55
Figure 8 : Fréquentation par type de pharmacie par semaine.....	55
Figure 9 : Réponse à la question : Dans votre officine proposez-vous la vente de traitements de substitutions aux opiacés ?.....	58
Figure 10 : Réponse à la question : Dans votre officine, proposez-vous la vente de produits de réduction des risques liés à la toxicomanie ?.....	58
Figure 11 : Réponse à la question : Dans votre officine, proposez-vous la vente de codéinés ?	59
Figure 12 : Réponse à la question : Dans ce domaine, travaillez-vous en collaboration avec d'autres pharmaciens de proximité (à gauche) et avec des médecins généralistes de proximité (à droite) ?.....	59
Figure 13 : Répartition par type de pratique professionnelle de la collaboration avec les pharmaciens.....	60
Figure 14 : Répartition par type de pratique professionnelle de la collaboration avec les médecins.....	60
Figure 15 : Réponse à la question : Quelle est la substance psycho active principale faisant l'objet de dépendance (questionnaire 1 à gauche, questionnaire 2 à droite)?	62

Figure 16 : Répartition par type de pratiques professionnelles de la connaissance de la substance psycho active principale faisant l'objet de dépendance? (questionnaires 1 et 2)..... 62

Figure 17 : Réponse à la question : Depuis quand la personne est-elle dépendante ? (questionnaires 1 et 2)..... 63

Figure 18 : Effets recherchés avec l'héroïne : Réponses aux questionnaires 1 et 2..... 64

Figure 19 : Effets recherchés avec les hypnotiques, anxiolytiques : Réponses aux questionnaires 1 et 2. 64

Figure 20 : Effets recherchés et voie d'administration de la cocaïne : Réponses aux questionnaires 1 et 2. 65

Figure 21 : Voies d'administration de l'héroïne : Réponses aux questionnaires 1 et 2. 66

Figure 22 : Dépendances physique et psychique : Réponses aux questionnaires 1 et 2..... 68

Figure 23 : Dépendance primaire et secondaire aux substances psycho actives : Réponses aux questionnaires 1 et 2. 69

Figure 24 : Score de gravité de la pharmacodépendance obtenus pour chaque substance.. 78

Figure 25 : Répartition des types de pharmacies en fonction des scores de gravité de la pharmacodépendance qu'elles ont fournies..... 78

Figure 26 : Réponse à la question : En général vous trouvez-vous bien informé sur les drogues, la dépendance? 80

Figure 27 : Réponse à la question : Estimez-vous complètes les informations reçues lors de votre formation universitaire ? 81

Figure 28 : Réponse à la question : la brochure d'information vous a t-elle été bénéfique ? 81

Figure 29 : Réponse à la question : Quelles sont les parties de la brochure que vous avez particulièrement trouvées intéressantes? 81

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Pourcentages de réponses, types de réponses, et pourcentages d'abstentions obtenus aux questions concernant l'évaluation des signes physiques et compulsifs de la dépendance et l'évaluation des conséquences dommageables aux deux questionnaires	76
Tableau II : Accessibilité des Usagers de Drogue par voie Intraveineuse (UDIV) aux traitements de substitution de 1995 à 2001. D'après (26).....	84
Tableau III : Seringues stériles consommées par les UDIV de 1996 à 2003 (SIAMOIS/ InVS). D'après (26).....	87

ABREVIATIONS

BHD : Buprénorphine Haut Dosage

CAARRUD : Centre d'Accueil et d'Accompagnement en Réduction des risques pour Usagers de Drogues.

CCAA : Centre de Cure Ambulatoire en Alcoologie

CEIP : Centre d'Evaluation et d'Information sur la Pharmacodépendance

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CIM 10 : Classification Internationale des Maladies

CSAPA : Centre de Soins et d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie

CSST : Centre de Soins Spécialisés aux Toxicomanes

DSM IV : Manuel Diagnostique et Statistique des troubles Mentaux

InVS : Institut national de Veille Sanitaire

MILDT : Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie

OFDT : Organisation Française de lutte contre les Drogues et la Toxicomanie

RdR : Réduction des Risques

SNC : Système Nerveux Central

TREND : Tendances Récentes Et Nouvelles Drogues

TSO : Traitements de Substitution aux Opiacés

UD : Usager de Drogue

UDIV : Usagers de Drogues par voie IntraVeineuse

VHC : Virus de l'Hépatite C

VIIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

INTRODUCTION

Il semble impossible d'évoquer les usagers de drogue sans évoquer le pharmacien puisque de tous les professionnels de santé c'est ce dernier qu'il rencontre le plus fréquemment.

En effet les pharmaciens ont été les premiers professionnels de santé impliqués dans le dispositif de prise en charge des usagers de drogue et ils sont devenus des acteurs essentiels en matière de prévention des dépendances, des comportements à risque, et de prise en charge des sujets toxicomanes.

Le problème posé aujourd'hui est que le pharmacien est en première ligne des conséquences de ce phénomène de société grandissant qu'est la poly toxicomanie, sans pour autant avoir eu une formation adéquate lui permettant d'appréhender ce problème. En effet de nombreuses personnes pharmacodépendantes n'ont aucun contact avec un clinicien et/ou un intervenant du dispositif spécialisé. Mais toutes fréquentent à un moment donné de leur histoire une pharmacie de ville, que ce soit pour l'approvisionnement en produit de coupure, de préparation à l'injection, pour l'obtention des dispositifs médicaux de réduction des dommages, la dispensation des traitements ou pour de premiers soins pharmaceutiques.

Le pharmacien est donc le premier maillon d'approvisionnement et d'information ; sa place au sein des réseaux, son articulation avec le dispositif spécialisé, son rôle dans le soin et son implication dans l'optimisation du circuit du médicament dans le cadre du dispositif spécialisé est à développer.

Nous allons voir tout d'abord les différents comportements de consommation des substances psycho actives, puis nous explorerons les évolutions des consommations de drogue en France, et enfin les bases de la législation Française.

Nous évaluerons le potentiel officinal dans la sensibilisation à la pharmacodépendance, grâce à l'évaluation de résultats d'une enquête de terrain réalisée auprès de pharmaciens Grenoblois, ainsi qu'un échantillon appartenant à la France entière.

**1. LES COMPORTEMENTS DE
CONSOMMATION DES SUBSTANCES
PSYCHO ACTIVES**

On peut différencier trois grands types de comportements de conduites addictives et ce quelle que soit la substance concernée : l'usage, l'usage nocif ou abus et la dépendance.

1.1. L'usage (et le mésusage)

L'usage est caractérisé par la consommation régulière ou non de substances psycho actives n'entraînant ni complications somatiques, ni dommages. Une telle définition veut donc dire que l'usage ne saurait être considéré comme relevant d'une problématique pathologique nécessitant des soins, (alors que l'abus et la dépendance sont obligatoirement inscrits dans des problématiques de prise en charge sanitaire et sociale). Le caractère illicite de la substance consommée ne saurait être pris comme critère de pathologie. Les seules complications de l'usage simple de substances illicites sont d'ordre pénal ou social.

L'usage peut être qualifié d'expérimental, occasionnel, récréatif, festif, voire régulier. (1)

Le mésusage lui correspond à une utilisation non conforme aux recommandations du résumé des caractéristiques du produit. Dans le cadre des bonnes pratiques de pharmacovigilance, le mésusage s'entend plus largement comme :

– l'usage inapproprié par rapport aux données de référence, survenant au cours de la chaîne de soins et exposant un patient donné à un risque avéré ou potentiel, sans bénéfice corrélatif ;

– l'usage dans des conditions normales d'utilisation en dehors des indications autorisées.

(2)

1.2. L'usage nocif ou abus

Les définitions les plus communément acceptées sont celles de l'Association Américaine de Psychiatrie reprise dans le Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux (DSM IV) et celle de l'Organisation Mondiale de la Santé reprise dans la Classification Internationale des Maladies (CIM 10).

L'abus (DSM) ou l'usage nocif (CIM) est caractérisé par une consommation répétée induisant des dommages dans les domaines somatiques, psychoaffectifs ou sociaux, soit pour le sujet lui-même, soit pour son environnement proche ou à distance, les autres, la société. Le caractère pathologique de cette consommation est donc défini à la fois par la répétition de la consommation et par la constatation de dommages induits. (1)

1.3. La dépendance

Des trois grands types de comportements de consommation, le plus caractéristique est le comportement de dépendance qui se caractérise comme une entité psychopathologique et comportementale en rupture avec le fonctionnement banal et habituel du sujet.

On entend par pharmacodépendance, l'ensemble de phénomènes comportementaux, cognitifs et physiologiques d'intensité variable, dans lesquels l'utilisation d'une ou plusieurs substances psycho actives devient hautement prioritaire et dont les caractéristiques essentielles sont le désir obsessionnel de se procurer et de prendre la ou les substances en cause et leur recherche permanente ; l'état de dépendance peut aboutir à l'auto administration de ces substances à des doses produisant des modifications physiques ou comportementales qui constituent des problèmes de santé publique. (3)

La dépendance s'estime par les efforts déployés pour se procurer le produit et par l'énergie dépensée pour parvenir à l'abstinence. Elle est variable selon deux facteurs importants : les propriétés du produit (propriétés pharmacologiques, mode de consommation, degré de pureté, etc.) et la prédisposition de l'utilisateur (personnalité, antécédent d'usage, situation personnelle, etc.).

- La dépendance selon le DSM-IV :

Le DSM-IV présente la dépendance comme un mode d'utilisation inapproprié d'un produit entraînant des signes physiques et psychiques. Elle se manifeste par l'apparition d'au moins trois des signes ci-après sur une période d'un an :

- une tolérance qui se traduit soit par une augmentation des doses pour un effet similaire, soit par un effet nettement diminué si les doses sont maintenues à leur état initial.
- un syndrome de sevrage en cas d'arrêt ou une prise du produit pour éviter un syndrome de sevrage.
- une incapacité à gérer sa propre consommation, l'usager consomme plus longtemps ou plus qu'il ne le voulait.
- des efforts infructueux pour contrôler la consommation.
- un temps de plus en plus important est consacré à la recherche du produit.
- les activités sociales, culturelles ou de loisir sont abandonnées en raison de l'importance que prend le produit dans la vie quotidienne.
- une poursuite de la consommation malgré la conscience des problèmes qu'elle engendre.

○

- La dépendance selon le CIM-10

Le CIM-10 présente la dépendance comme la manifestation d'au moins trois des signes ci-après sur une période d'un an et ayant persisté au moins un mois ou étant survenus de manière répétée.

- un désir compulsif de consommer le produit.
- des difficultés à contrôler la consommation.
- l'apparition d'un syndrome de sevrage en cas d'arrêt ou de diminution des doses ou une prise du produit pour éviter un syndrome de sevrage.
- une tolérance aux effets (augmentation des doses pour obtenir un effet similaire).
- un désintérêt global pour tout ce qui ne concerne pas le produit ou sa recherche.
- une poursuite de la consommation malgré la conscience des problèmes qu'elle engendre. (4)

Il est habituel de distinguer :

- la dépendance psychique, définie par le besoin de maintenir ou de retrouver les sensations de plaisir, de bien-être, la satisfaction, la stimulation que la substance apporte au consommateur, mais aussi d'éviter la sensation de malaise psychique qui survient lorsque le sujet n'a plus son produit. Cette dépendance psychique a pour traduction principale le «craving» : la recherche compulsive de la substance, contre la raison et la volonté, expression d'un besoin majeur et incontrôlable. Il s'agit d'un dysfonctionnement durable dopaminergique (dysfonctionnement impliquant les voies opioïdes endogènes) et d'une modification de l'activité de la voie méso- cortico- limbique.

- la dépendance physique, définie par un besoin irrépessible, obligeant le sujet à la consommation de la substance pour éviter le syndrome de manque lié à la privation du produit. Elle se caractérise par l'existence d'un syndrome de sevrage (apparition de symptômes physiques en cas de manque) et par l'apparition d'une tolérance (consommation quotidienne nettement augmentée). Cette dépendance physique n'est pas obligatoire pour porter le diagnostic. Elle est liée au dysfonctionnement d'autres systèmes neurobiologiques. (1)

2. EVOLUTION DES CONSOMMATIONS DE DROGUE EN FRANCE

Le sens du terme « drogues » diffère en fonction du point de vue selon lequel on l'envisage (approche juridique, clinique, toxicologique). Son acception commune est plutôt orientée vers le champ des produits illicites. Il offre néanmoins l'avantage de pouvoir prendre en compte l'intentionnalité du sujet dans la recherche de l'effet psycho actif du produit.

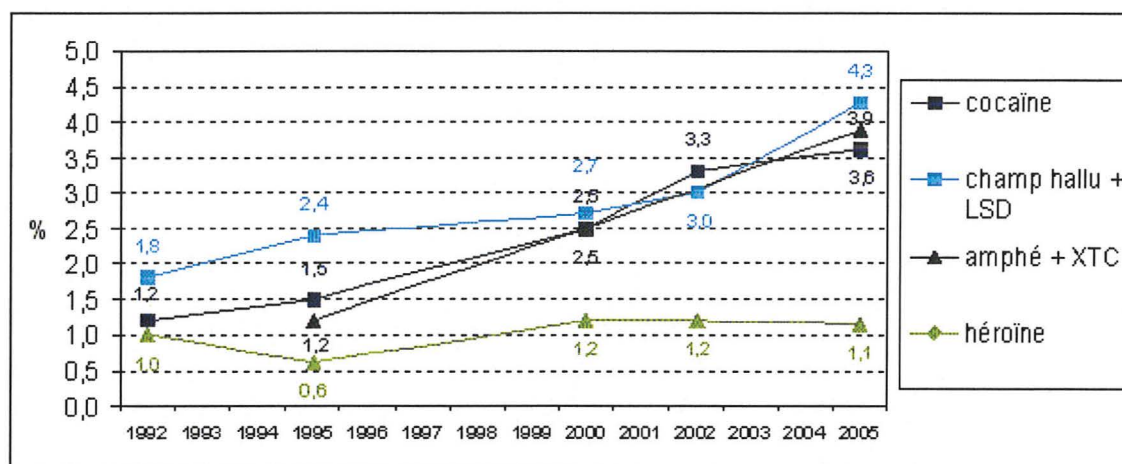
La notion de produits psycho actifs donne l'apparence d'une plus grande précision, mais en réalité elle englobe des produits dont l'usage problématique est exceptionnel (café, chocolat, air, eau, etc.), donc un champ beaucoup plus large que le champ d'observation déterminé précédemment.

La définition suivante est proposée pour le terme « drogues » : produit psycho actif naturel ou synthétique, utilisé par une personne en vue de modifier son état de conscience ou d'améliorer ses performances, ayant un potentiel d'usage nocif, d'abus ou de dépendance et dont l'usage peut être légal ou non. Cette définition inclut : les stupéfiants (conventions ONU) les substances psychotropes (convention ONU 71), l'alcool, le tabac, les colles et les solvants, les champignons hallucinogènes et les substances de synthèse non encore classées. S'appuyant sur cette définition, et par convention, le terme « drogues » (ou parfois « produits psycho actifs ») couvre ici l'ensemble des produits pris en compte, qui comprend les sous-ensembles suivants : alcool, tabac, « médicaments psychotropes », « drogues illicites ». Les médicaments psychotropes comprennent les quatre classes suivantes : hypnotiques, neuroleptiques, anxiolytiques, antidépresseurs. Les drogues illicites regroupent les produits stupéfiants (hors cadre de prescription médicale) et certains produits non classés comme stupéfiants et détournés de leur usage normal (colle, solvants, substances de synthèse, médicaments détournés...). (5) Certaines sont détaillées dans la brochure d'informations faisant l'objet du support de notre sensibilisation (cf. Annexe 3).

Les modes de consommation des substances psycho actives ont profondément changé ces dernières décennies évoluant vers l'association de plusieurs produits consommés

simultanément : association de drogues licites/illicites (tabac/cannabis ou alcool/cannabis notamment), ou association de plusieurs drogues illicites (dont le cannabis le plus souvent) à l'origine de poly toxicomanie. Aujourd'hui le cannabis est le produit illicite le plus consommé en France. Même si les usages des produits illicites autres que le cannabis restent marginaux, certaines substances ont néanmoins connu une diffusion croissante au cours des années 1990 et depuis le début des années 2000, comme la cocaïne et les hallucinogènes (LSD et champignons hallucinogènes) d'une part, et les substances synthétiques telles que l'ecstasy ou les amphétamines d'autre part, dont l'expérimentation a fait plus que tripler entre 1995 et 2005. (6)(Figure 1). Les deux premiers ont connu une brusque hausse entre 2000 et 2002, suivie d'une légère diminution et d'une quasi-stagnation entre 2003 et 2005. Les deux stimulants ont pour leur part connu une évolution plus linéaire, avec un doublement d'expérimentateurs sur la période et presque un triplement pour la cocaïne.

Les niveaux d'expérimentation d'héroïne sont pour leur part restés relativement stables sur l'ensemble de la période. (6) (Figure 1).



Sources : Baromètres Santé 1992-1995-2000-2005, INPES exploitation OFDT ; EROPP 2002, OFDT

Figure 1 : Usage au cours de la vie de substances psycho actives parmi les 18-44 ans. Évolutions depuis 1992. D'après (6)

Le cannabis a été expérimenté par un quart de la population, soit près de 12,4 millions de personnes âgées de 12 à 75 ans. Ce taux a plus que doublé entre 1993 et 2005. L'usage de

cannabis est surtout le fait des tranches d'âge les plus jeunes. Elle augmente nettement à partir de 14 ans. Elle concerne aujourd'hui 49 % des jeunes de 17 ans contre 46% en 2000. Sur l'ensemble des 15-64 ans, l'usage au cours de l'année concerne 31% de la population. Les interpellations pour usage de cannabis restent majoritaires (67% en 2005) mais est en légère baisse. (-2,4% par rapport à 2004).

La cocaïne est la seconde substance illicite la plus expérimentée en France (1.1 millions de personnes âgées de 12 à 64 ans en ont consommé au moins une fois dans leur vie soit 2.6% de la population). Elle concerne surtout de jeunes adultes, en particulier les 26-44 ans (3.9%). La tendance observée depuis trois ans est une hausse des saisies et des interpellations pour trafic devant l'héroïne.

L'ecstasy est un produit globalement peu expérimenté (2% des 15-64 ans représentant 800000 personnes). Le niveau apparaît plus élevé chez les jeunes adultes (3.7% des 15-34 ans) que chez les plus âgés (0.6% des 35-64 ans). On assiste à une inversion de tendance pour les saisies (baisse de 25% en 2005) et interpellations pour trafic (baisse de 20% en 2005). L'usage est fréquent en milieu festif.

La fréquence de l'expérimentation des amphétamines dans la population générale est relativement faible (1.4% des 15-75 ans). Elle apparaît relativement stable en fonction de l'âge. Les interpellations pour usage sont en légère hausse en 2005 (+3%).

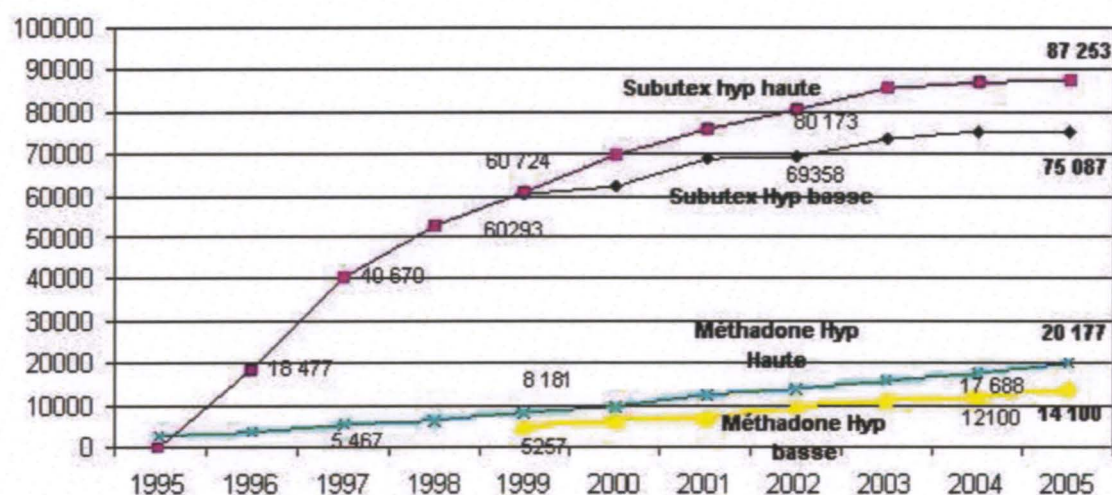
Le niveau d'usage de l'héroïne aujourd'hui en France est faible. Il ne dépasse pas les 1% que ce soit chez les 15-34 ans (0,9%) ou les 35-64 ans (0,7%). Ce chiffre apparaît stable depuis le début des années 1990. Le nombre d'expérimentateurs d'héroïne en France parmi les 12-75 ans est estimé à 400 000 personnes. Depuis plusieurs années, l'héroïne demeure

peu disponible et/ou peu visible. Cette situation prévaut depuis le développement des traitements de substitution. Elle est accentuée tant par la quasi-disparition des scènes ouvertes que par la conversion des petits trafiquants vers la vente, plus lucrative, de cocaïne.

Toutefois, il semble ces dernières années, que la disponibilité de l'héroïne ait tendance à augmenter légèrement. Comme pour les saisies, les interpellations de trafiquants sont en hausse en 2005 : +14% avec 2 170 trafiquants interpellés. La population d'usagers est à dominante masculine et de plus de 30 ans. (7)

Après sa mise sur le marché en 1995, la Buprénorphine Haut Dosage (BHD) devient très rapidement le premier traitement de la dépendance aux opiacés en France en terme quantitatif. En 2005, elle représente environ 80% de la substitution puisque entre 75 000 et 87 000 personnes (soit environ une personne sur deux) en reçoivent alors que seules entre 14 000 et 20 000 personnes (soit environ une personne sur dix) sont sous Méthadone. (8)

(Figure 4)



[Sources : SIAMOIS/InVS et estimations OFDT]

Figure 2 : Estimation du nombre de personnes recevant un traitement de substitution. D'après (8)

3. EVOLUTION DES POLITIQUES PUBLIQUES FACE AU PROBLEME DE LA TOXICOMANIE

3.1. La loi de 1970 : Cadre légal de la politique Française

La politique Française en matière de drogue repose sur la loi n°070-1320 du 31 décembre 1970 dite loi Mazeaud.

Elle s'articule autour de trois axes :

-répression sévère du trafic,

-interdiction de l'usage et proposition d'une alternative thérapeutique à la répression de l'usage (sans distinction entre les produits),

-gratuité des soins et anonymat pour les usagers.

Cette loi devant la montée irrépessible de la toxicomanie voulait d'une part réprimer (par la poursuite pénale) le trafic et d'autre part soigner les toxicomanes (par l'alternative thérapeutique ou injonction thérapeutique). (9)

La mise en œuvre de la loi de 1970 va rapidement soulever des interrogations : sur le plan pénal des questions portent sur la distinction entre usage et trafic, sur la notion d'usage et l'injonction thérapeutique. Les problèmes d'application de la loi rencontrés dès le début des années 70 sont liés à la double nature de l'usager : délinquant et malade. Sur le plan sanitaire, on s'interroge sur les modalités de prise en charge des toxicomanes. (10)

Ce texte ne prévoit aucunes dispositions spécifiques en matière de prévention et encore moins de Réduction des Risques (RdR) liée à l'usage des drogues.

3.2. L'injonction thérapeutique

Rapidement dès la fin des années 1970, la notion d'injonction thérapeutique soulève des difficultés quant à son application en raison des réticences du corps médical à soigner sous la contrainte, comme le souligne le rapport Pelletier en 1978. L'injonction exige en effet pour être efficiente une coordination entre les autorités judiciaires et sanitaires.

A la fin des années 1980, l'épidémie de Sida est venue faire évoluer la perception de la notion d'obligation de soins et légitimer une approche de la toxicomanie plus sociale et responsabilisante des acteurs de santé. L'injonction deviendra alors plus une rencontre entre un Usager de Drogue (UD) et une équipe soignante plutôt qu'une astreinte à la désintoxication.

Après de nombreuses évolutions quant aux critères requis pour l'injonction thérapeutique, la circulaire interministérielle du 28 avril 1995 relative à l'harmonisation des pratiques restreint les catégories d'usagers susceptibles d'en bénéficier en insistant sur le critère de nécessité sanitaire (consommation de cocaïne et d'héroïne, usage massif et répété de cannabis, poly consommation). Il est également précisé que la mesure doit favoriser, au-delà de la réponse sanitaire, la réinsertion sociale des toxicomanes. (10)

3.3. La politique de prévention

La loi de 1970 n'a pas abordé la question de la prévention. C'est avec la création de la mission permanente de lutte contre la toxicomanie en 1982 que la politique de prévention est officiellement intégrée dans les objectifs de la politique de lutte contre la toxicomanie. Cette institution connut ensuite différentes appellations, jusqu'en 1996 où elle devint la Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie (MILDT). Cet organisme « anime et coordonne les actions de l'Etat en matière de lutte contre la drogue et la toxicomanie, en particulier dans les domaines de l'observation et de la prévention de la toxicomanie, de l'accueil, des soins et de la réinsertion des toxicomanes, de la formation des personnes intervenant dans la lutte contre la drogue et la toxicomanie, de la recherche, de l'information. ». (11). La mission prépare les délibérations du comité interministériel et veille à leur exécution. Placée sous l'autorité du Premier ministre, la MILDT constitue l'épicentre du dispositif français de lutte contre les toxicomanies. Elle prépare les plans gouvernementaux de lutte contre les drogues et veille à leur application. Elle assure

3. Evolution des politiques publiques face au problème de la toxicomanie également le financement des groupements d'intérêt public : Organisation Française de lutte contre les Drogues et la Toxicomanie (OFDT) et Drogues Alcool Tabac Info Service, outil d'écoute téléphonique, d'information et d'orientation. (12)

Cette politique de prévention s'ancre aussi bien au niveau local (conseils départementaux et communaux de prévention de la délinquance), qu'au sein de la communauté scolaire (par le biais d'un réseau d'"adultes relais" en 83 et d'équipes de "personnes ressources" en 85). On notera en 86 le lancement de la première campagne nationale de prévention des toxicomanies : " la drogue parlons-en avant qu'elle ne lui parle " .

Par la suite, une des premières avancées vers la RdR fut la suspension du décret n° 72-200 de 1972 qui rendait obligatoire la présentation d'une pièce d'identité lors de l'achat de seringues par M. BARZACH. Ce nouveau décret n°87-328 de 1987 (dit décret Barzach) permit la dispensation des seringues aux majeurs, de manière anonyme et libre, dans les officines.

Ce premier pas vers la maîtrise des risques restera pourtant isolé.

Il faudra attendre 1993, avec la mise en vente en officine du préservatif au tarif jeune à un franc, 1994, avec la mise à disposition des Stéribox ®, conçues par l'association Apothicom. Ce dernier vint diversifier l'offre du matériel d'injection proposé aux UD par voie intraveineuse en officine. Ce n'est qu'en 1992 et sous l'impulsion du ministre de la santé B. KOUCHNER qu'eut lieu l'introduction des thérapeutiques de substitution. D'où l'autorisation de mise sur le marché de la Méthadone® et du Subutex® le 31 mars 1995 et le 31 juillet 1995 respectivement. (9)

Ces mesures visaient à encourager l'usage unique de seringues, une meilleure prise en charge thérapeutique des co-morbidités associées à l'usage.

C'est en 1993 que le virage est pris et qu'une politique de réduction des risques est réellement décidée et financée par le ministère chargé de la santé, selon trois axes :

- améliorer la prise en charge dans le dispositif spécialisé et à l'hôpital et constituer des réseaux ville-hôpital-toxicomanie,
- développer le dispositif de réduction des risques,
- développer les traitements de substitution.

Le rapport Henrion souligne la nécessité de mettre en œuvre rapidement les deux derniers points. Ces orientations préfigurent les grands axes de la politique actuelle. (10)

3.4. La politique sanitaire

La politique sanitaire s'oriente vers la création de structures spécialisées formant des réseaux ville-hôpital et des relais médicaux permettant de prendre en charge des UD ne nécessitant pas ou plus de prise en charge lourde. Ces structures viennent compléter celles existantes : en effet au début des années 70 les structures sanitaires traditionnelles se montrent réticentes à accueillir des toxicomanes. Dès 1972 un dispositif de soins spécialisé est créé par l'Etat (Centre de Soins Spécialisés aux Toxicomanes : CSST) et surtout par des associations. (10). Le rapport Trautmann fait néanmoins état de certaines insuffisances : répartition géographique inégale, faiblesse de la démarche de réinsertion.

Ce n'est qu'en 1992 qu'un décret précisera les missions de ce dispositif spécialisé ainsi que leur fonctionnement : ces centres signent des conventions d'objectifs et assurent en parallèle une prise en charge médicopsychologique, sociale et éducative des usagers de drogue. (13)

Au départ la gestion et le financement sont assurés par les ministères de la Santé et des Affaires sociales. Les centres de soins spécialisés qui proposent des cures de sevrage avec accompagnement psychothérapeutique sont au cœur du dispositif.

En 2003, le statut des CSST a changé, les faisant passer du dispositif d'exception, basé sur un système conventionnel financé par l'état (et de façon complémentaire par la MILDT et

3. Evolution des politiques publiques face au problème de la toxicomanie des collectivités locales), au droit commun des institutions médico-sociales, financé par l'assurance maladie.(14)

Dernièrement ce sont développées des réponses de première urgence : sleep-in, boutiques, bus, structures d'accueil à bas seuil, groupes d'auto-support d'UD, et autre action de proximité.

Le pharmacien n'est pas impliqué dans cette politique.

3.5. Les plans successifs mis en place par la MILDT

Depuis huit ans, l'assimilation sociale et politique du concept d'addiction trouve sa traduction dans les deux plans gouvernementaux mis en place successivement par la MILDT en 1999 et en 2004. Ces plans ont permis de commencer à mettre en place, une réponse sanitaire globale et intégrée, répondant aux diverses composantes de la maladie addictive, traitant spécifiquement les conduites de consommations pathologiques et, parallèlement, les complications psychiatriques et somatiques et, surtout, permettant la continuité des soins. Mais le développement d'une offre de soins globale et cohérente implique, outre le développement du dispositif médicosocial spécialisé, que le dispositif de soins généraux se sente réellement concerné (médecins généralistes et hôpitaux généraux, pharmaciens) et que les Centres Hospitaliers spécialisés et les secteurs psychiatriques s'organisent également, sur le même modèle, pour apporter une réponse spécialisée et spécifique aux pathologies addictives.

3.5.1. Le plan triennal

Le plan triennal 1999-2001 de la MILDT, défini par la circulaire Guigou du 17 juin 1999, a été mis en place pour améliorer l'articulation entre les politiques sanitaire et répressive. (15) Comme l'a indiqué lors de son audition Mme Nicole MAESTRACCI, ancienne présidente de la MILDT : « *Sur l'application de la loi, nous avons essayé de mieux*

3. Evolution des politiques publiques face au problème de la toxicomanie
articuler l'action de la justice et l'action sanitaire et sociale par des conventions entre les services de soins et les procureurs de la République (...). L'objectif est que l'ensemble des usagers qui ont affaire à la justice pour une consommation excessive d'alcool ou un délit lié à la drogue puissent bénéficier d'une orientation sanitaire et sociale, quelle que soit la sanction pénale par ailleurs : s'ils ont commis d'autres délits, ils peuvent avoir une sanction pénale et, en même temps, une orientation sanitaire et sociale. ». (16)

Ce plan pose certains constats :

- les modes de consommation de produits psycho actifs évoluent,
- les usagers adoptent de plus en plus des comportements de poly consommation (consommation de plusieurs substances : ex : ecstasy et alcool),
- le dispositif de prise en charge est inégalement réparti sur le territoire national,
- il n'existe pas, en matière de drogues et de toxicomanies, de culture commune,
- l'accompagnement social et professionnel lors de la prise en charge reste insuffisant.

Partant de ces constats, le plan définit de grandes orientations. Il s'agit de :

- développer l'observation de ces phénomènes (études et recherches),
- diffuser des données fiables, scientifiquement validées, auprès du grand public,
- mettre l'accent en matière de prévention sur les comportements de consommation de substances psycho actives (et non plus sur les produits),
- développer, chez les professionnels de la prévention, une culture commune,
- mettre en place une prise en charge sanitaire et sociale précoce (avant que les consommateurs de substances psycho actives ne deviennent dépendants),

3. Evolution des politiques publiques face au problème de la toxicomanie

- améliorer l'insertion ou la réinsertion des usagers,
- privilégier, pour les usagers interpellés, les mesures qui permettent d'organiser une rencontre utile avec les médecins, les travailleurs sociaux,
- assurer les soins aux usagers en garde à vue ou en prison,
- développer la politique de réduction des risques,
- mieux réprimer,
- adapter les outils pour combattre efficacement l'arrivée massive des drogues de synthèse,
- développer une coordination plus efficace au niveau national,
- redéfinir au niveau international les priorités géographiques, en s'attachant aussi au développement d'actions de réduction de la demande et des risques. (10)

Ce plan vise à « développer, chez les professionnels de la prévention, une culture commune », mais aucune mesure concrètement n'a été prise.

3.5.2. Le plan quinquennal

Les grands objectifs du plan quinquennal 2004-2009 dans le domaine des soins sont les suivants :

- repérer l'abus ou la dépendance le plus tôt possible,
- développer, organiser et optimiser l'offre de soins pour en améliorer l'accessibilité et la qualité, une véritable planification régionale et départementale,
- améliorer la qualité et la diversité des réponses thérapeutiques et consolider les programmes de réduction des risques,
- expérimenter des méthodes de prise en charge innovantes,
- promouvoir l'addictologie comme spécialisation.

3. Evolution des politiques publiques face au problème de la toxicomanie

Pour répondre à ces objectifs il est proposé un dispositif de soins qui s'appuie sur trois pôles complémentaires :

- un pôle « ville » d'intervention de premier niveau.
- un pôle « médico-social spécialisé » : les CSAPA : Centre de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (correspondant aux anciens CCAA : Centre de Cure Ambulatoire en Alcoologie et CSST : Centre de Soins Spécialisés aux Toxicomanes) et les CAARRUD : Centre d'Accueil et d'Accompagnement en Réduction des risques pour Usagers de Drogues.
- un pôle « hospitalier ».

La cohérence et la complémentarité de ces différents pôles s'exprimeront au mieux par leur organisation en réseau de prévention et de soins addictologiques. (13) (17)

De nouveau, avec ce plan, on vise des objectifs non atteints avec le plan précédent : promouvoir l'addictologie comme spécialisation. L'apparition d'une idée nouvelle, vient compléter le débat sur la formation à la pharmacodépendance: « repérer l'abus ou la dépendance le plus tôt possible ».

**4. EVALUATION DU POTENTIEL OFFICINAL
DANS LA CONNAISSANCE DU PATIENT
USAGER DE DROGUE**

4.1. De nouvelles pratiques pharmaceutiques

Pour la pharmacie, de nombreux décrets et actions militantes sont venus modifier la pratique professionnelle comme nous l'avons décrit auparavant : accès libre aux seringues dans les officines, mise à disposition par le circuit officinal du premier kit de réduction des risques : le Stéribox ®, autorisation de la distribution d'échange de seringues par des associations de réduction des risques avec en parallèle, développement dès 1993 des traitements de substitution par Méthadone ® en centres de soins spécialisés en toxicomanie. En 1995, la pratique en réseau permet la délégation de prescription en ville, puis en 1996, le Subutex ® apparaît en prescription initiale par un médecin de ville. Le pharmacien découvre une nouvelle classe et de nouvelles spécialités. Il est le premier professionnel de santé impliqué dans la prise en charge des UD.

4.2. Un triple paradoxe

Or, ces nouvelles pratiques font l'objet d'un triple paradoxe :

-alors que l'usage de drogue est interdit, l'Etat incite les injecteurs à utiliser des seringues stériles à chaque administration ;

-même si la libéralisation de la vente de seringue ne favorise pas l'expansion de l'usage de drogue par voie intraveineuse, cette modalité d'administration favorise la dépendance ;

-enfin le pharmacien dispense des traitements qui, au regard de l'évolution des thérapeutiques, s'opposent (autrefois délivrance de tranquillisants et de correcteurs des signes de manque aux opiacés au cours des sevrages en ambulatoire avec proscription des opiacés ; aujourd'hui : délivrance d'opiacés avec proscription des tranquillisants au cours des traitements de substitution).

Ainsi les réticences dominent encore notamment à l'égard de la délivrance des traitements de substitution. C'est là le rôle délicat du pharmacien pour les raisons décrites ci-dessus d'une part et d'autre part car « ces populations » sont connues pour entraîner des

4. Evaluation du potentiel officinal dans la connaissance du patient usager de drogue désagréments au sein de l'espace officinal. Mais toutes ces mesures visent la prévention, la réduction des risques. Du fait de son monopole, le pharmacien doit y souscrire.

4.3. La participation des officines

Ainsi dix ans après la mise sur le marché des traitements substitutifs, même si tous les pharmaciens peuvent ne pas vouloir trop s'investir dans ce domaine, comme les y incitent l'article R. 5015-2 du Code de la Santé Publique, ils sont de plus en plus nombreux à s'impliquer.

En 1995, le rapport Henrion rappelait le rôle des pharmaciens : « ...Ils sont des acteurs de santé indispensables. Ils sont souvent le premier contact des toxicomanes avec le système sanitaire. Ils peuvent prodiguer des conseils de prévention et faciliter l'accès aux centres spécialisés. Ils délivrent les seringues, les opiacés en vente libre et délivrent les produits de substitution ».

Pour autant bien qu'ils soient en première ligne d'approvisionnement, sont-ils aptes à la délivrance, leur crainte de s'engager ne réside t-elle pas entre autre dans l'avancée vers un domaine qu'ils méconnaissent ? Les questions qui se posent alors sont : les pharmaciens sont-ils assez informés sur les drogues, la dépendance ? Leurs relations avec les toxicomanes sont elles toujours difficiles ? Savent-ils évaluer une dépendance ? Orientent – ils les usagers de drogue vers des médecins généralistes ou des structures spécialisées ?

Les hypothèses au préalable étaient :

-Les pharmaciens d'officine n'ont pas une culture suffisante dans ce domaine. Les mesures de sensibilisation, d'information, ou de formation sont quantitativement et qualitativement limitées. Les plans triennal et quinquennal soulignent ce fait.

-Ils n'ont aucun moyen d'évaluer objectivement une dépendance.

Les questions secondaires étaient :

4. Evaluation du potentiel officinal dans la connaissance du patient usager de drogue
Ont-ils suffisamment d'informations sur le patient pour pouvoir comme le suggère le Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Nantes remplir le questionnaire sur l'évaluation des signes physiques et compulsifs, et des conséquences dommageables de la dépendance?

Pour répondre à ces interrogations, nous avons mené une enquête auprès de pharmaciens en vue d'apprécier les pratiques professionnelles dans ce domaine.

**5. ENQUETE DE SENSIBILISATION DU
PHARMACIEN A LA
PHARMACODEPENDANCE**

5.1. Introduction

Cette enquête porte sur la sensibilisation du pharmacien aux substances psycho actives et à la pharmacodépendance. Nous avons voulu mesurer deux points : d'une part si un outil d'information adapté pouvait conduire à améliorer la culture de base du pharmacien et d'autre part en lui proposant une grille d'évaluation de la gravité de la dépendance savoir si sa connaissance du patient pharmacodépendant évoluait.

Dans un premier temps l'enquête consiste au remplissage d'un questionnaire fondé sur 4 axes définis par la suite. A l'issue de ce questionnaire une brochure d'information (cf 5.2.3) est laissée à disposition du pharmacien durant 1 mois et demi, pour mettre à jour ses connaissances. Cette brochure synthétise les informations essentielles sur ce sujet. Le mois et demi écoulé, un second questionnaire de suivi quasi identique au premier est rempli, celui-ci est communiqué par fax. Ce dernier permettra de voir si la démarche a été utile.

Au terme de ces deux contacts une comparaison sera effectuée entre le remplissage des deux questionnaires pour voir si les réponses sont plus fournies, si un bénéfice a été observé suite à la lecture de la brochure.

De plus à partir des différentes réponses formulées, il nous sera possible de dégager différents contextes qui pourront ou non expliquer le déficit d'information, de culture de ce professionnel de santé que représente le pharmacien d'officine.

5.2. Matériel et méthodes

L'étude a été réalisée sur une période de 6 mois de Mai à Octobre 2007 sur la commune de Grenoble initialement puis sur un échantillon de pharmaciens provenant de la France entière (leur sélection est expliquée au 5.2.1).

Toutes les pharmacies de la commune Grenobloise ont été contactées soit 61 officines, ainsi que 344 en France.

L'étape de validation des données a permis d'appliquer les critères d'exclusion de l'enquête : les pharmacies refusant de participer à l'enquête, et celles fournissant des résultats non exploitables au nombre de 251.

Au final 93 pharmacies sollicitées ont fournies des résultats exploitables au premier questionnaire et 33 au deuxième.

5.2.1. Les questionnaires

Les questionnaires ont été élaborés en collaboration avec le CEIP (Centre d'Evaluation et d'Information sur la Pharmacodépendance) de Grenoble. Avant le déroulement de l'enquête, nous les avons soumis à différentes pharmacies d'officine en vue d'optimiser leur lisibilité et d'ajouter différents items suggérés au cours d'un entretien ouvert.

Malgré cela suite à une mauvaise compréhension du questionnaire lors de ma première démarche auprès des pharmaciens ce qui en rendait sa lecture impossible lors de l'interprétation des résultats ; le questionnaire a été modifié en précisant dans le cas concret de ne parler que de la substance psycho active principale dont était dépendante la personne faisant l'objet du cas.

Questionnaire 1 : premier passage

Annexe 1

Ce questionnaire est rempli suite à une visite rendue au pharmacien. Aucun rendez-vous n'est pris avec lui. J'explique au pharmacien le but de mon étude, la façon dont elle va se réaliser. Si le pharmacien possède du temps disponible il remplira directement le questionnaire, sinon je lui propose de repasser le lendemain afin qu'il ait le temps de le remplir ou alors le cas échéant de me le faxer.

Le questionnaire est structuré selon 4 axes majeurs :

- axe 1 : Relations pharmacien – usager de drogue,

-axe 2 : Pratiques professionnelles et collaboration,

-axe 3 : Connaissance générale des substances psycho actives (à partir d'un cas concret)
(cf. 5.2.1.1)

-axe 4 : Sensibilisation à l'évaluation de la dépendance (signes physiques et compulsifs, conséquences dommageables) d'après la grille d'évaluation employée par le CEIP de Nantes. (cf. 5.2.1.2)

Il comprend 17 questions.

Questionnaire 2 : second passage

Annexe 2

Ce deuxième questionnaire est envoyé un mois et demi après le premier passage par fax.

Le pharmacien me le fera parvenir par ce même moyen. Pour les pharmacies ne possédant pas de fax une deuxième visite sera effectuée.

Ce questionnaire est structuré aussi selon 4 axes

-axe 5 : Evaluation de la qualité de la formation professionnelle reçue par le pharmacien,

-axe 6 : Evaluation de la brochure d'information,

-axes 3 et 4 : Identiques au questionnaire 1,

Il comprend 16 questions.

L'année d'obtention du diplôme de pharmacien (biais permettant d'estimer l'âge de l'interlocuteur), et le sexe du pharmacien répondant à l'enquête sont mentionnés dans chacun des deux questionnaires.

Les deux questionnaires sont remplis par le même pharmacien.

La plupart des questions sont fermées (questions à choix multiple), d'autres sont semi-ouvertes. Les réponses seront traitées anonymement.

Après six mois de démarche auprès des pharmaciens Grenoblois, seul 1/3 avait répondu aux deux questionnaires successifs. Avec le CEIP nous envisageons alors une nouvelle stratégie afin d'augmenter le nombre de remplissage de questionnaires : le logiciel d'enquête (cf. 5.2.2). Nous décidons d'élargir notre champ d'action à des pharmaciens provenant de la France entière (adresses mail trouvées sur Internet). (18) (19) (20) (21)

5.2.1.1. Axe 3 : Sensibilisation à la connaissance des substances psycho actives

Les questions articulées autour de cet axe ont pour objectif la connaissance des substances psycho actives : effet recherché, voie d'administration, date de début de consommation, type de dépendance qui en découle. Le pharmacien devait pour cela évoquer le cas du dernier patient rencontré ou celui dont il se souvenait le plus durant les quatre dernières semaines d'exercice.

5.2.1.2. Axe 4 : Sensibilisation à l'évaluation de la pharmacodépendance

Le CEIP de Nantes a mis au point depuis décembre 2006 un outil permettant une harmonisation de la lecture des notifications spontanées réalisées par des professionnels de santé et la mise en place d'une évaluation commune de la gravité des pharmacodépendances. Celui-ci a été utilisé dans notre questionnaire.

Jusqu'alors il n'existait pas de méthode commune aux différents centres : chaque centre recueillait les notifications des professionnels du territoire et les évaluait.

Cette harmonisation était nécessaire pour que chaque centre puisse extraire des notifications, qualitativement et quantitativement variables, des informations pertinentes et constituant un réel apport pour l'évaluation du potentiel de pharmacodépendance des médicaments et substances.

Pour les CEIP il va donc permettre de quantifier de façon homogène la gravité de la pharmacodépendance en attribuant un score de gravité pour chaque substance incriminée.

Il va permettre de repérer des substances entraînant un score élevé, donc dotées d'un potentiel de pharmacodépendance, d'apporter des éléments chronologiques de rapidité d'évolution des comportements.

Pour les professionnels de santé (médecin généraliste ou pharmacien) notificateurs non formés en addictologie, cette évaluation simple d'utilisation et rapide pourra être employée pour les aider à proposer une prise en charge adaptée du patient.

Partant de cette hypothèse posée par le CEIP de Nantes, nous avons voulu voir si effectivement cette évaluation pouvait avoir un impact positif auprès des pharmaciens d'officine. (22)

Les questions formulées autour de cet axe évaluent d'une part les signes physiques et compulsifs de la dépendance et d'autre part les conséquences dommageables, repérables dans les notifications transmises par le professionnel de santé, de la dépendance.

L'élaboration de ce questionnaire a été réalisée par le CEIP de Nantes sur les items de la définition du DSM-IV de la dépendance (cf. 1.3), auxquels a été ajouté un item concernant le comportement éventuel de transgression du patient. (22)

Le calcul du score de gravité de la pharmacodépendance se fait de la façon suivante :

-Questions 9, 10, 11,12 (questionnaire 2), et 11, 12, 13, 14 (questionnaire 1) : pour chaque réponse positive, un point est attribué.

Le score de un point en cas de réponse positive à ces questions a été choisi pour différentes raisons : les deux premières questions correspondent à la dépendance physique qui est médicalement acceptée dans le cadre d'un rapport bénéfice/risque favorable.

Les deux questions suivantes explorent la dimension compulsive du comportement du patient. Cette dimension est au cœur même du syndrome de dépendance mais elle est difficile à percevoir au travers des notifications. Seule la cinquième question permet de l'estimer de manière objective.

-Questions 13, 14, 15, 16 (questionnaire 2) et 15, 16, 17, 18 (questionnaire 1) : pour chaque réponse positive cinq points sont attribués.

L'attribution de cinq points a été choisie pour permettre la différence des substances entraînant un score supérieur ou égal à quatre.

Ces items correspondent aux « conséquences dommageables ».

Le score maximal est donc de vingt quatre points. Cette cotation ne peut être effectuée que si tous les items sont renseignés. Ce score doit être établi pour chaque substance si possible.

Ce score améliore l'interprétation que les CEIP peuvent donner de leur notification.

Il sera alors facile pour un CEIP de repérer les médicaments ou substances qui entraînent des conséquences dommageables sur la vie du patient (score supérieur à cinq).

Le score obtenu sera interprété par le professionnel de santé dans le cas présent en terme d'orientation du patient : pour un score supérieur ou égal à cinq points, le patient nécessite une orientation et/ou une réévaluation du traitement ou de l'usage.

Si ce score est obtenu pour une substance dont le potentiel d'abus n'est ni avéré, ni suspecté, le CEIP doit en être alerté par une notification. (22)

5.2.2. Le logiciel d'enquête

Pour le nouvel échantillon de personnes, un nouveau processus est adopté.

Nous avons installé sur le serveur de la société d'hébergement OVH, un logiciel d'enquête en ligne appelé « Lime survey » (version 1.52). Ce logiciel est sous licence GPL, cela signifie qu'il est complètement gratuit (pour n'importe quel usage). Une invitation en ligne a été envoyée à toutes les personnes figurant dans le mailing list. A l'issu du remplissage

5. Enquête de sensibilisation du pharmacien à la pharmacodépendance
du questionnaire, la brochure d'information s'affiche automatiquement à l'écran. Le deuxième questionnaire est envoyé de la même façon un mois après le premier.

5.2.3. La brochure d'information

Annexe 3

Cette brochure a été rédigée en coordination avec le CEIP de Grenoble. Les sources utilisées sont électroniques avec comme sources principales le site web du centre de pharmacodépendance de Grenoble, le site web de l'OFDT, de la MILDT, Le moniteur des pharmacies (cf. Annexe 3). Elle a été réalisée avec le logiciel Microsoft Word.

Elle se décompose en neuf grandes parties :

- Les substances psycho actives : présentation des drogues les plus fréquemment utilisées : Nom, plante à partir de laquelle est issue la drogue s'il s'agit d'une source végétale, principe actif lorsque celui-ci est connu, les différentes formes, les appellations courantes, les caractères organoleptiques, les effets recherchés, et enfin les modalités de prise.
- Classification (les dépresseurs du système nerveux central opioïdes, sédatifs ; les psycho stimulants ; les hallucinogènes ; et l'ecstasy qui est à la fois psycho stimulant et hallucinogène), risques, effets recherchés, signes d'imprégnations des principales substances.
- Les mécanismes d'action des substances psycho actives.
- Le mécanisme de la dépendance.
- Les différents types de dépendance.
- Le syndrome de sevrage.
- Le traitement de substitution à l'héroïne.
- Les conseils à l'officine.
- Glossaire.

Elle synthétise les informations essentielles aux différents points abordés dans les questionnaires.

5.3. Résultats

Les résultats ont été traités avec le logiciel Microsoft Excel et certains ont été obtenus par tableaux croisés dynamiques.

Le taux de réponse au premier questionnaire est d'environ 26%, alors qu'il est de 45% des 26% soit 11.7% pour le deuxième. Le taux d'abstention est très important.

La moyenne d'âge des pharmaciens ayant répondu au premier questionnaire est de 42 ans.

Les plus jeunes avaient 25 ans, et les plus âgés 62 ans.

La moyenne d'âge des pharmaciens répondant au deuxième questionnaire est de 37.8 ans, un minimum de 25 ans et un maximum de 62 ans.

Cet échantillon est relativement représentatif de la moyenne d'âge des pharmaciens en France qui est de 45 ans et 5 mois.

Les femmes ont été plus nombreuses à répondre (environ 60% aux deux questionnaires).

Ceci est la conséquence d'une forte représentation féminine au sein de la profession (environ 3 femmes pour 1 homme).

En fonction des différentes prestations réalisées par les officinaux interrogés et définies à partir de réponses formulées, il nous a été possible de distinguer 8 types de pratiques professionnelles différentes qui sont les suivantes :

-type 0 : aucune prestation.

-type 1 : toutes prestations : dispensation de produits de substitution, vente de produits de réduction des risques liés à la toxicomanie, vente de codéinés.

-type 2 : toutes prestations exceptée la dispensation des traitements de substitution.

-type 3: toutes prestations exceptée la vente de codéinés.

5. Enquête de sensibilisation du pharmacien à la pharmacodépendance

-type 4 : toutes prestations exceptée la vente de produits de réduction des risques liés à la toxicomanie.

-type 5 : uniquement la dispensation de traitement de substitution.

-type 6 : uniquement la vente de produits de réduction des risques liés à la toxicomanie.

-type 7 : uniquement la vente de codéinés.

Trois types de pratiques sont retrouvées avec une fréquence nettement supérieure aux autres : 0 (20.5%), 1 (38.6%) et 3 (18.2%). (Figure 3)

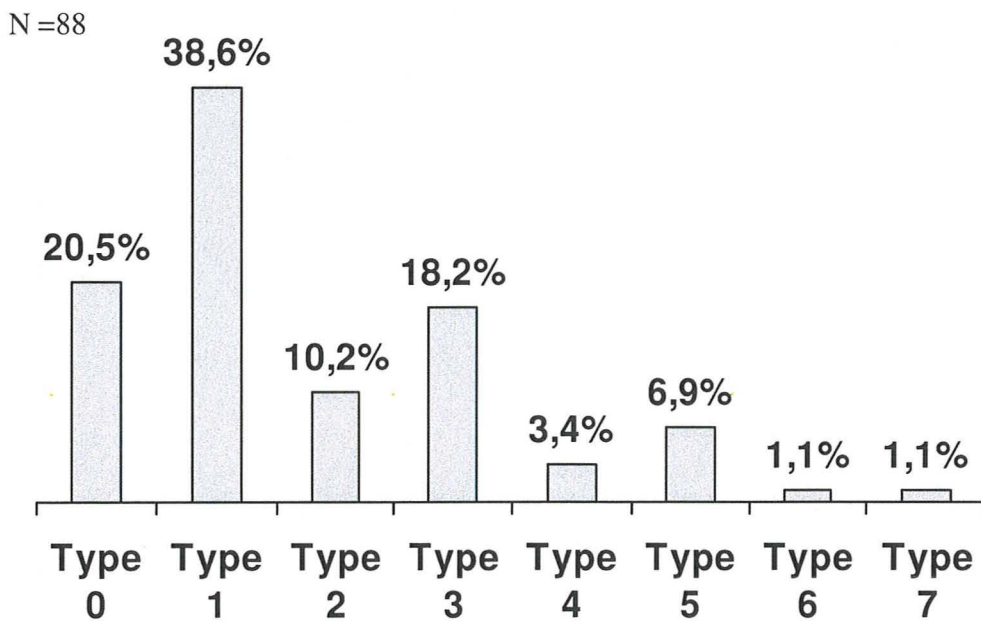


Figure 3 : Répartition des officines en fonction de leur pratique professionnelle.

5. Enquête de sensibilisation du pharmacien à la pharmacodépendance

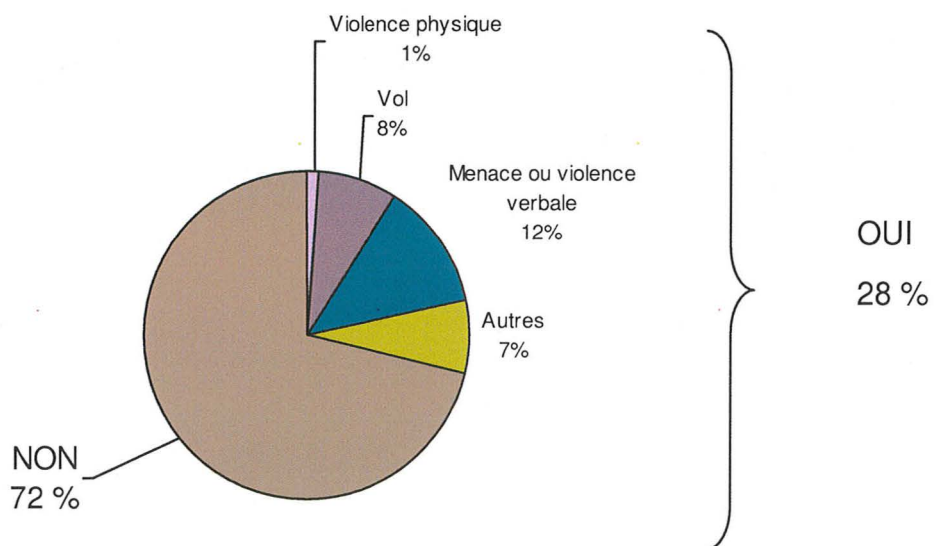


Figure 4 : Réponse à la question : Avez-vous rencontré dans votre officine au cours des quatre dernières semaines des problèmes particuliers liés à la toxicomanie ?

5.3.1. Axe 1 : Relation pharmacien - usager de drogue

Sur les 28% de pharmaciens confrontés à des problèmes particuliers liés à la toxicomanie durant les quatre dernières semaines d'exercice (Figure 4), les plus représentés sont les pharmaciens de type 1 à 62,1%, et les pharmaciens de type 3 et de type 6 à 10,35%. (Figure 5).

Les pharmaciens ayant une pratique professionnelle de type 1 rencontrent le plus de problèmes liés à la toxicomanie de type menaces ou violences verbales (7%) (Figure 6).

Nous pouvons constater que la distribution des produits de réduction des risques liés à la toxicomanie est la pratique qui engendre le plus de conflits à l'officine : pratique commune aux types 1, 2, 3 et 6.

Les pharmaciens ayant une pratique de type 4 : toutes prestations exceptée la vente de produits de réduction des risques liés à la toxicomanie rencontrent peu de difficultés : 3,45%. Les pharmaciens ne délivrant que des traitements de substitution (type 5) représentent 3,45% des pharmaciens ayant des ennuis, ce qui est relativement faible. (Figure 5)

Les autres motifs faisant l'objet de problèmes sont variés, par exemple: « problème avec la police, ordonnance incorrecte, demande d'usage détourné, non respect de la législation, dégradations de matériel, pression psychologique, supplications ».

La part des problèmes rencontrés dans les officines au contact des toxicomanes reste minime bien qu'elle soit plus élevée que les 16% observés par Nicolas BONNET en région parisienne en 2000 (9). Finalement lors de la délivrance du traitement substitutif le contact avec l'utilisateur n'est pas si générateur d'effets néfastes.

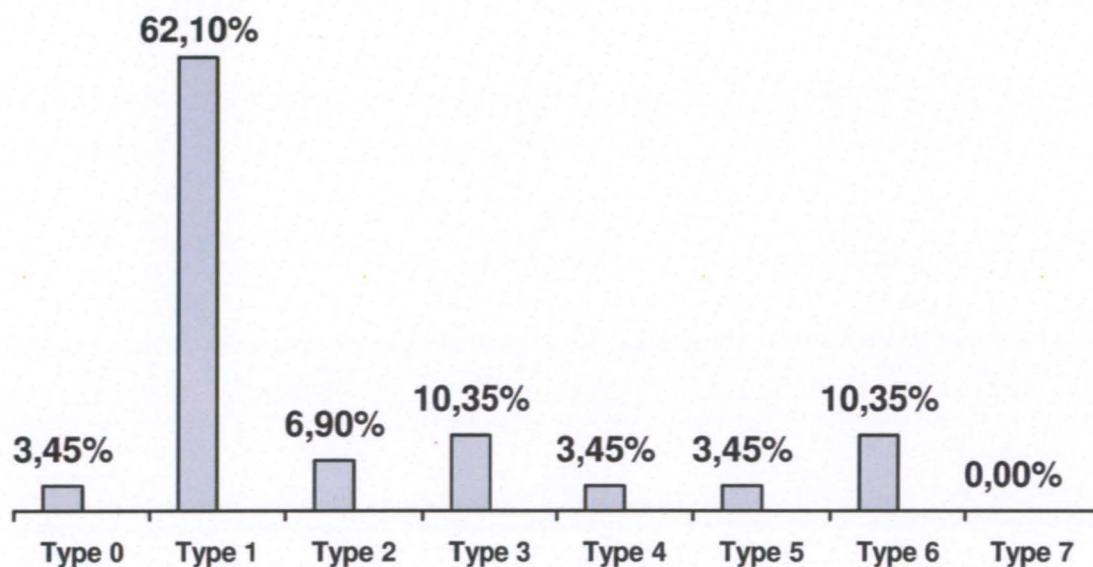


Figure 5 : Répartition par type des réponses affirmatives à la question : Avez-vous rencontré dans votre officine au cours des quatre dernières semaines des problèmes particuliers liés à la toxicomanie ?

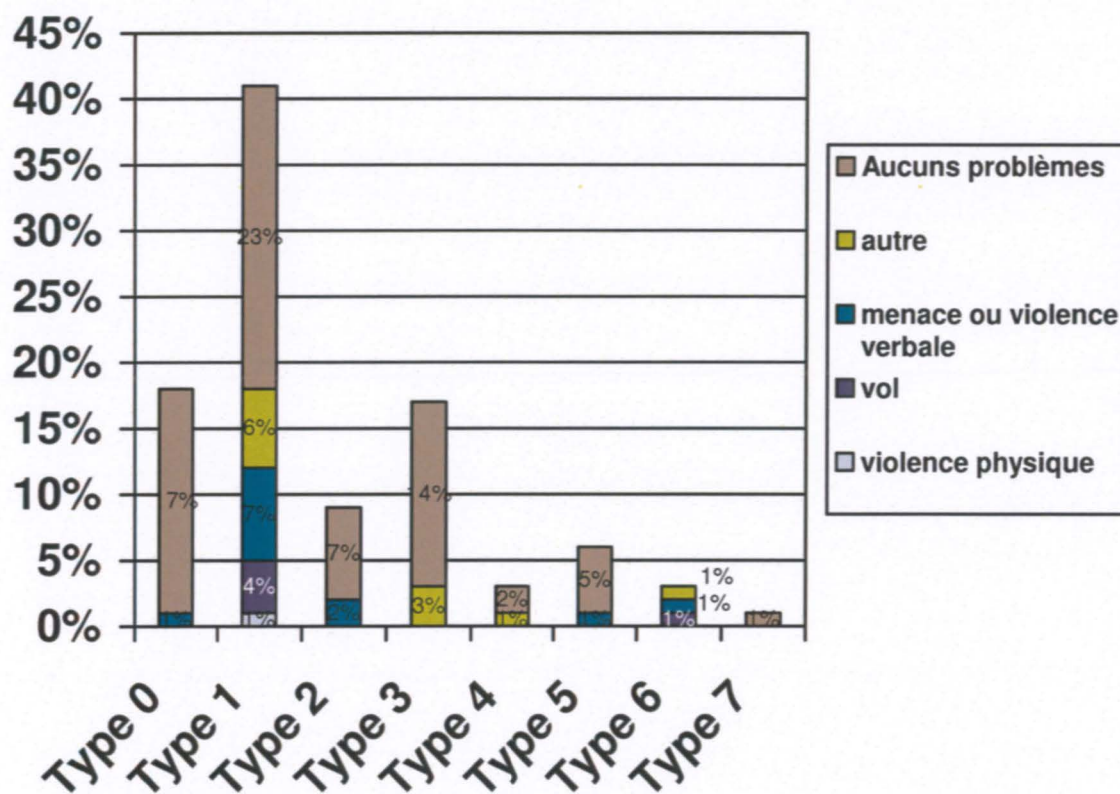


Figure 6 : Répartition des problèmes rencontrés liés à la toxicomanie par type de pratique professionnelle.

5.3.2. Axe 2 : Types de pratiques professionnelles et collaboration

5.3.2.1. Pratiques professionnelles

-Nombre d'UD par pharmacie par semaine

55.7% (soit environ 1 sur 2) des pharmaciens d'officine reçoivent moins de 5 UD par semaine, 24.3% (soit environ 1 sur 4) entre 5 et 10 UD par semaine et 20 % (soit 1 sur 5) plus de 10 UD par semaine. (Figure 7)

En moyenne chaque pharmacie reçoit 8.42 UD par semaine, avec un minimum de 0 et un maximum de 80. Il existe donc une très grande disparité dans les pratiques officinales.

Les pharmacies ayant des pratiques de type 1, 3 et 4 sont celles qui sont le plus fréquentées par les UD, elles ont comme point commun la délivrance des traitements de substitution.

Nous excluons les résultats de la pharmacie type 6 qui ne sont pas significatifs (1 seule pharmacie interrogée). Les pharmacies ayant une pratique professionnelle de type 4 reçoivent à 32% plus de 10UD par semaine. Les pharmacies de type 3 connaissent un pic de fréquentation entre 5 et 10 UD par semaine, tandis que celles de type 0, 1, 2, 4, 5 et 7 ont un maximum de fréquentation à moins de cinq usagers par semaine. (Figure 8)

En conclusion, il existe une très grande hétérogénéité dans la répartition des usagers de drogue dans les officines. Le type de prestation conditionne le nombre d'UD par pharmacie : et notamment la délivrance des Traitements de Substitution aux Opiacés (TSO) augmente la fréquentation.

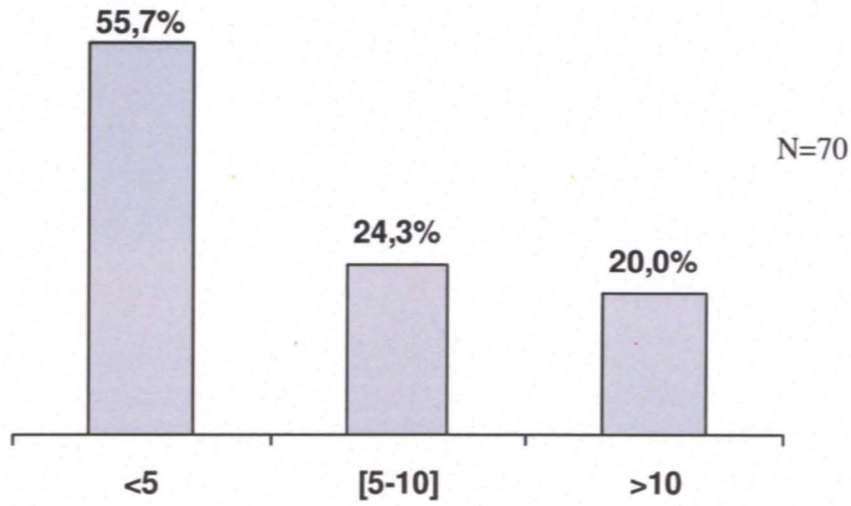


Figure 7 : Distribution des pharmacies en fonction du nombre d'usagers de drogue les fréquentant par semaine.

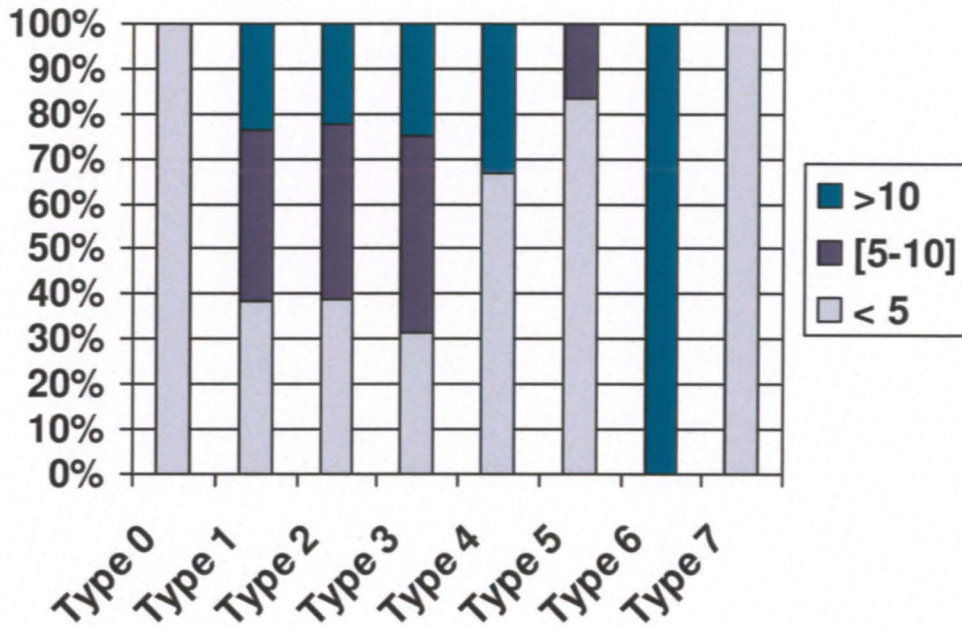


Figure 8 : Fréquentation par type de pharmacie par semaine.

-Traitement de substitution aux opiacés

84% des pharmaciens délivrent des traitements de substitution. 35% d'entre eux délivrent de la Méthadone ® (1 sur 3), 49% du Subutex ® (1 sur 2), et 40.2% délivrent les deux traitements de substitution (soit un peu plus d'un pharmacien sur 3). (Figure 9)

-Dispositifs de réduction des risques

78% des pharmacies interrogées assurent la dispensation de produits de réduction des risques liés à la toxicomanie. 26% d'entre eux proposent la vente de Stéribox ®, 21% la vente de préservatifs à l'unité et 31% la vente de seringues à l'unité. (Figure 10)

-Codéinés

60% des pharmaciens délivrent des produits codéinés. (Figure 11)

5.3.2.2. Collaboration

- Collaboration entre pharmaciens

A 86% les pharmaciens ont répondu qu'ils ne travaillaient pas en collaboration avec des confrères. (Figure 12). 14.3% des pharmaciens ayant une pratique professionnelle de type 0 (nous ne tiendrons pas compte de ce résultat car il n'est pas significatif : 1 cas sur 7), 14.7% des pharmaciens ayant une pratique professionnelle de type 1, et 31.3% des pharmaciens ayant une pratique professionnelle de type 3 collaborent.

Il n'existe donc pas de réseau au sein des pharmaciens. Les seuls pharmaciens collaborant ont une pratique de type 1 ou de type 3 (à hauteur d'1 sur 4). (Figure 13)

-Collaboration avec les médecins

A 54% les pharmaciens ont répondu qu'ils collaboraient avec des médecins généralistes de proximité. (Figure 12). Les pharmaciens ayant une pratique professionnelle de type 1

5. Enquête de sensibilisation du pharmacien à la pharmacodépendance collaborent à 58.8%, ceux ayant une pratique professionnelle de type 3 collaborent à 76%.Ce sont les deux types de pharmaciens qui collaborent le plus avec les pharmaciens de pratique de type 4, 5, et 7. (Figure 14).

La collaboration avec les médecins est plus fréquente. Cette pratique collaborative est d'autant plus facile qu'elle est rendue possible par l'intermédiaire des TSO.

L'analyse de ces deux items permet de souligner la détérioration de la pratique en réseau tant en matière d'articulation et d'orientation. Nous passons d'une pratique en réseau à une pratique en tandem médecin- pharmacien. Plusieurs raisons peuvent être invoquées pour expliquer cette diminution de l'engagement des pharmaciens : absence de liens associatifs, manque d'information ou de formation du pharmacien d'officine, absence de motivation ou d'intérêt pour le travail en réseau dans le cadre de la prise en charge de la toxicomanie.

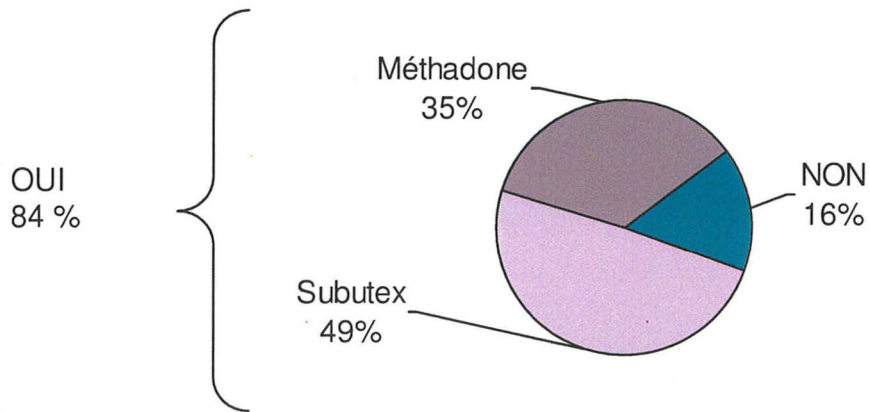


Figure 9 : Réponse à la question : Dans votre officine proposez-vous la vente de traitements de substitutions aux opiacés ?

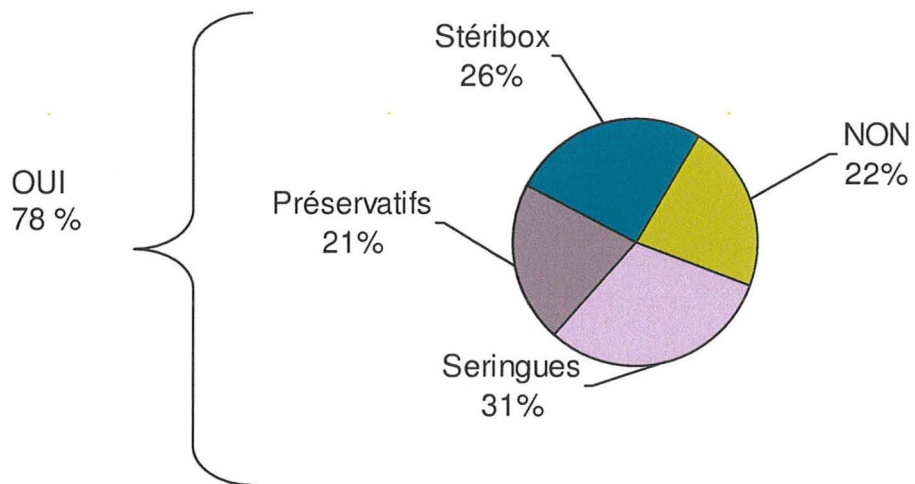


Figure 10 : Réponse à la question : Dans votre officine, proposez-vous la vente de produits de réduction des risques liés à la toxicomanie ?

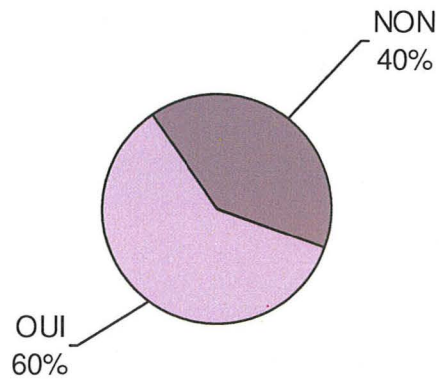


Figure 11 : Réponse à la question : Dans votre officine, proposez-vous la vente de codéinés ?

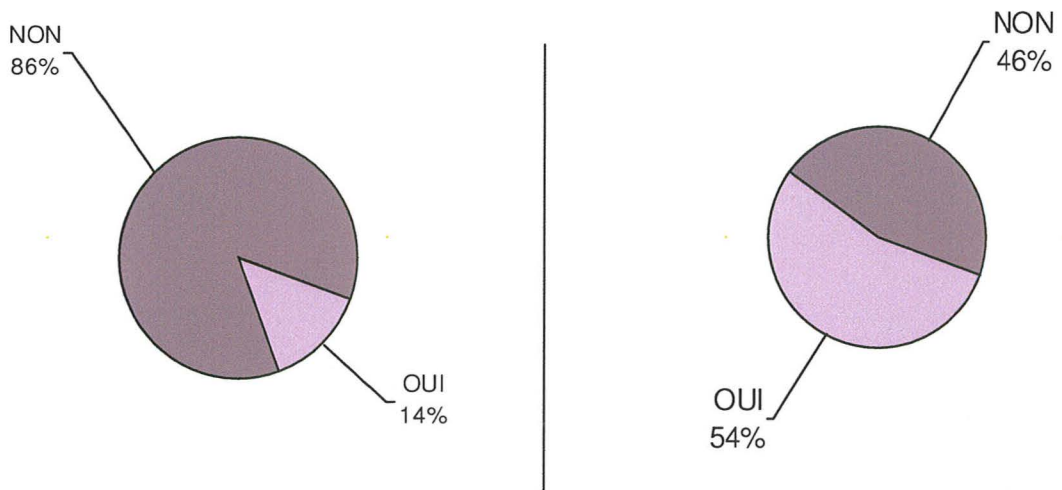


Figure 12 : Réponse à la question : Dans ce domaine, travaillez-vous en collaboration avec d'autres pharmaciens de proximité (à gauche) et avec des médecins généralistes de proximité (à droite) ?

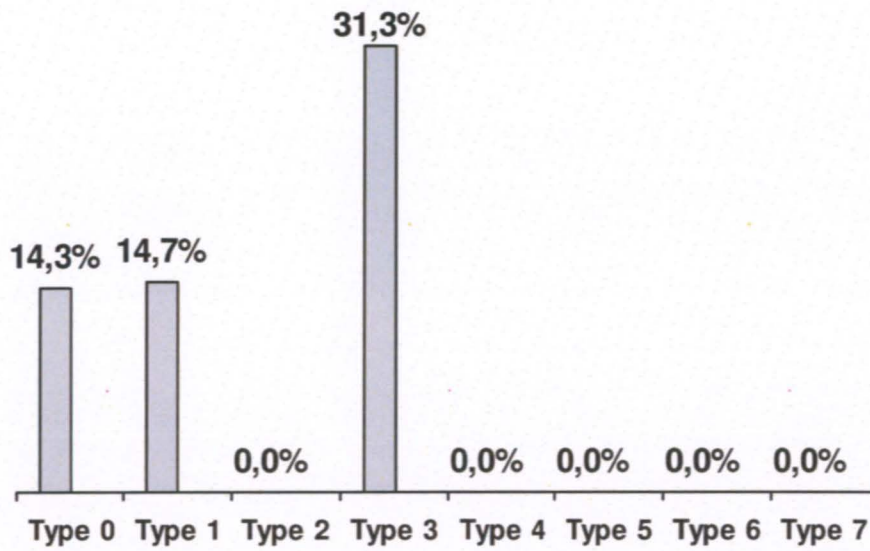


Figure 13 : Répartition par type de pratique professionnelle de la collaboration avec les pharmaciens.

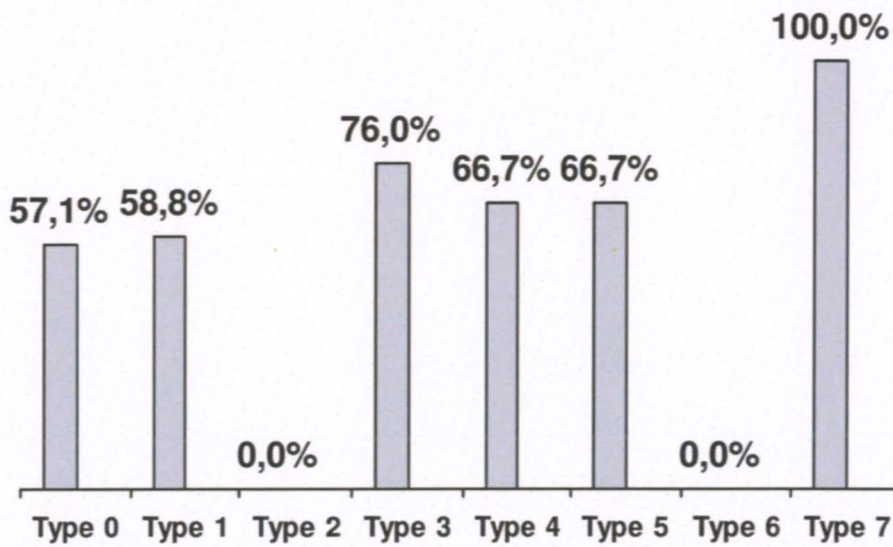


Figure 14 : Répartition par type de pratique professionnelle de la collaboration avec les médecins.

5.3.3. Axe 3 : Connaissance générale des substances psycho actives (à partir d'un cas concret)

Au premier questionnaire 61% des pharmaciens interrogés connaissaient la substance psycho active principale utilisée. La plupart ont évoqué le cas dont ils se souvenaient le plus : 44 % ont abordé une dépendance à l'héroïne, 2% une dépendance à la cocaïne, 8% des dépendances aux hypnotiques et anxiolytiques et 7% ont traité de cas dépendant à la Lamaline ®, au Mercalm® et au Néocodion ®. (Figure 15). Les cas de dépendance à l'héroïne ont été les plus souvent cités, ce sont donc les plus connus.

Il n'y a pas de corrélation entre le type de pratique et la connaissance de la substance faisant l'objet de dépendance puisque les pharmacies quelque soit leur pratique ont su globalement répondre. Pourtant il serait plus logique que les pharmaciens aient de plus amples connaissances sur les patients dépendants à l'héroïne sous traitement de substitution, car la délivrance des TSO favorise le dialogue, l'échange avec l'utilisateur à la différence de la délivrance des produits liés à la réduction des risques. Ceci se vérifie tout de même avec les 73.5% et les 50% de pharmaciens type 1 au premier et deuxième questionnaire, et les 75% et 83.3% de type 3 au premier et deuxième questionnaire qui étaient informés. (Figure 16).

A la seconde interrogation, ils étaient 89% à connaître la substance faisant l'objet de dépendance. Le pourcentage s'est donc amélioré. Les cas traités relèvent à 58% d'héroïne, 16% d'hypnotique et anxiolytique et enfin à 5% d'analgésiques opioïdes. (Figure 15).

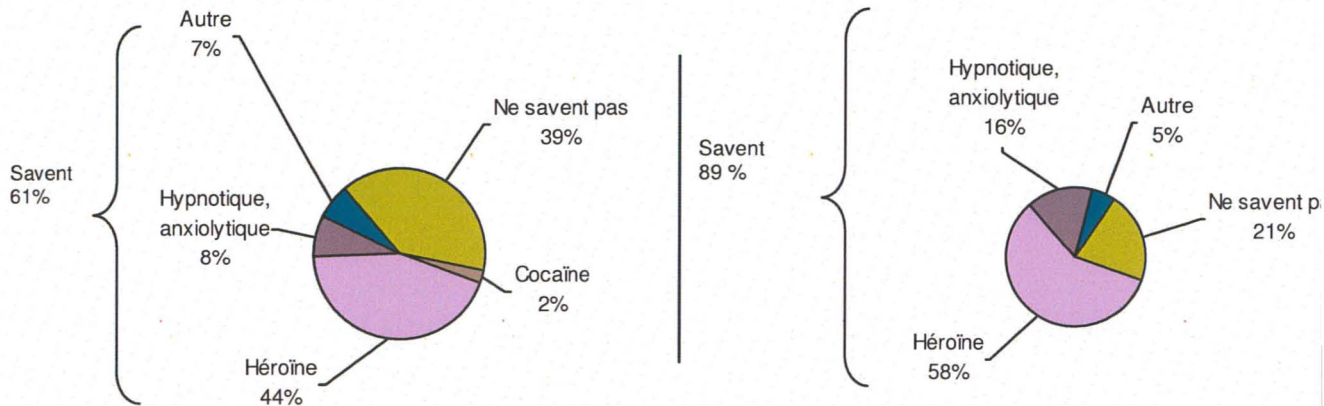


Figure 15 : Réponse à la question : Quelle est la substance psycho active principale faisant l'objet de dépendance (questionnaire 1 à gauche, questionnaire 2 à droite)?

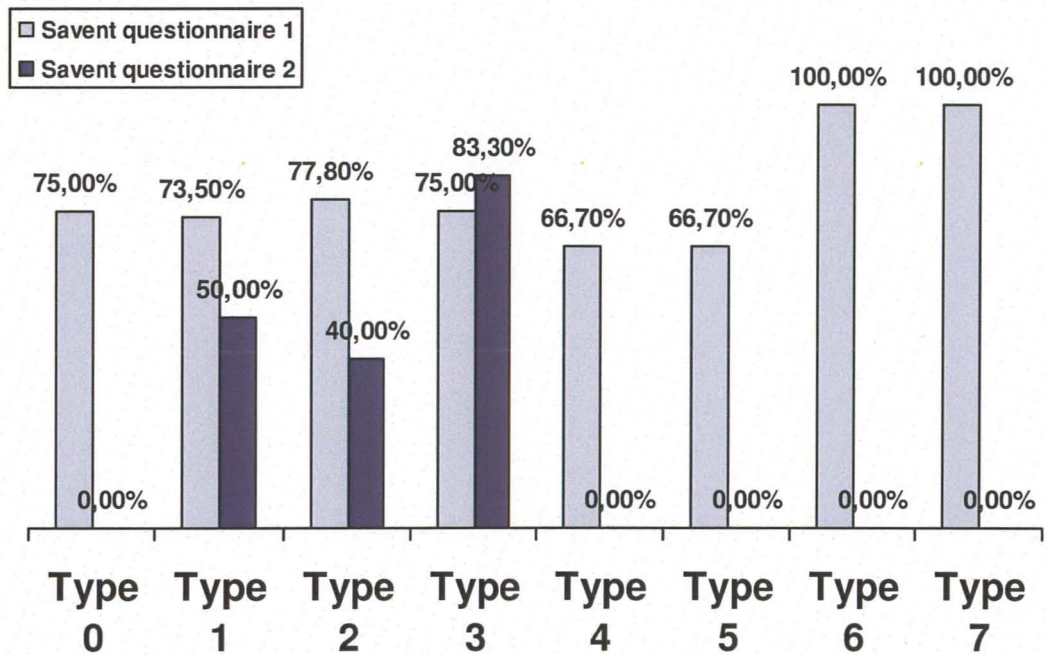


Figure 16 : Répartition par type de pratiques professionnelles de la connaissance de la substance psycho active principale faisant l'objet de dépendance? (questionnaires 1 et 2)

83% des pharmaciens ne connaissent pas la date de début de consommation de la substance faisant l'objet de dépendance aux deux questionnaires. (Figure 17)

Il n'y a donc pas d'amélioration notable au deuxième questionnaire sur cette question.

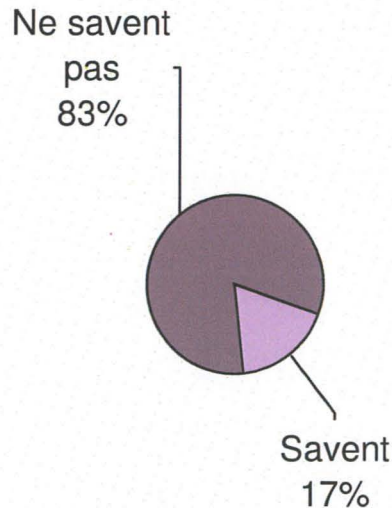


Figure 17 : Réponse à la question : Depuis quand la personne est-elle dépendante ? (questionnaires 1 et 2)

Un réel manque de culture de base a été observé autour des questions suivantes à savoir : l'effet recherché avec la substance utilisée, la voie d'administration, et le type de dépendance.

En effet, le but recherché avec l'héroïne est déresseur du Système Nerveux Central (SNC) nommé « Flash ». Seuls 7.7% au premier questionnaire connaissaient cette sensation procurée. L'effet remportant le plus fort pourcentage est sédatif (ce qui n'est pas totalement faux puisque l'héroïne déprime le SNC). Au deuxième questionnaire ils étaient 36.4% à donner la bonne réponse (Figure 18). De même on note une amélioration des performances pour l'effet recherché avec les hypnotiques, anxiolytiques : aucun des pharmaciens ne connaissaient l'effet au premier questionnaire qui est sédatif et désinhibiteur, alors qu'au deuxième le pourcentage atteint 66.7% (Figure 19)

5. Enquête de sensibilisation du pharmacien à la pharmacodépendance

Pour la cocaïne dont l'effet est psycho stimulant, les deux pharmaciens ayant évoqué des cas de dépendance à cette substance n'étaient pas bien documentés à ce sujet. (Figure 20)

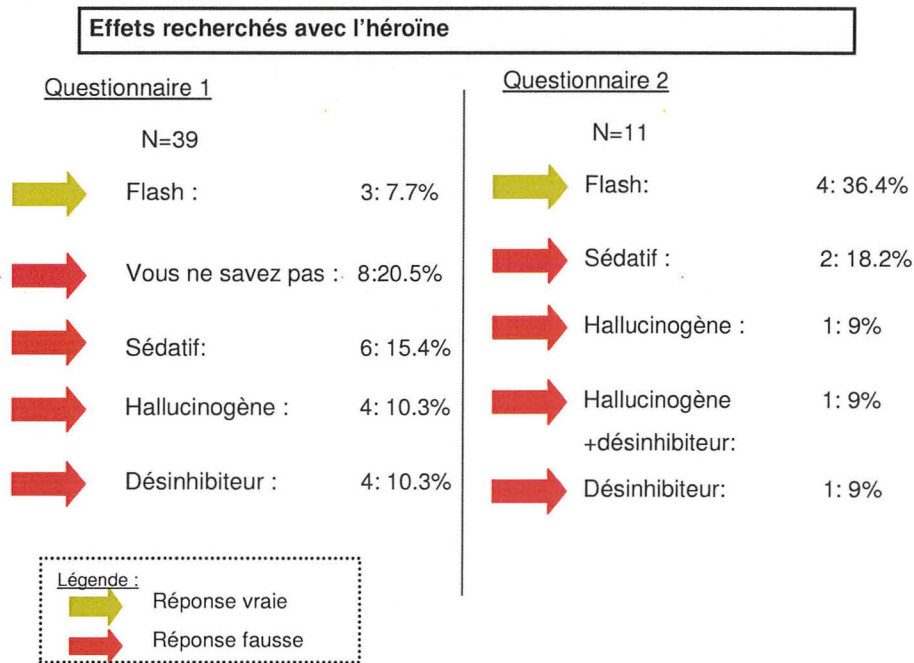


Figure 18 : Effets recherchés avec l'héroïne : Réponses aux questionnaires 1 et 2

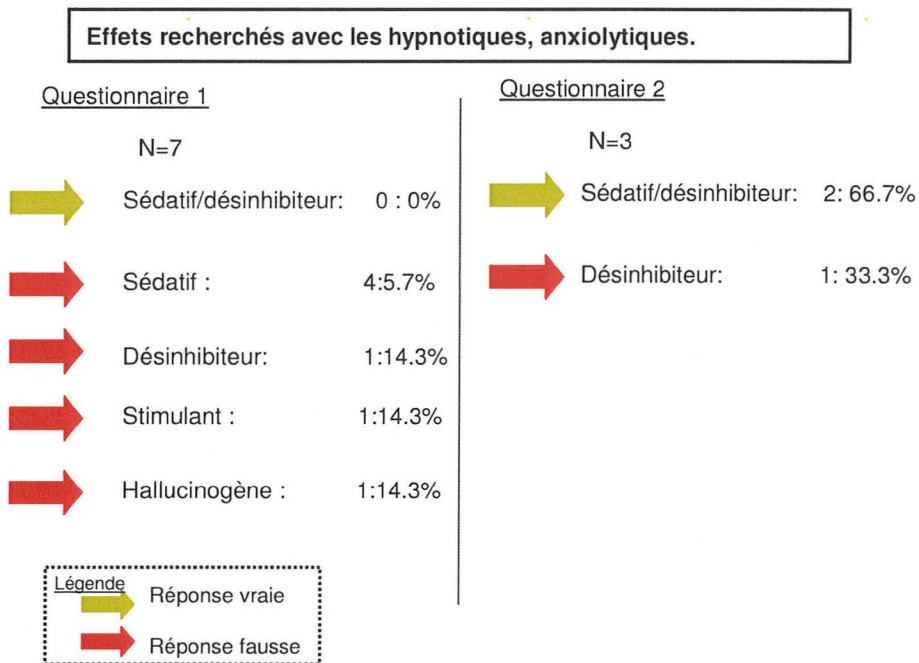


Figure 19 : Effets recherchés avec les hypnotiques, anxiolytiques : Réponses aux questionnaires 1 et 2.

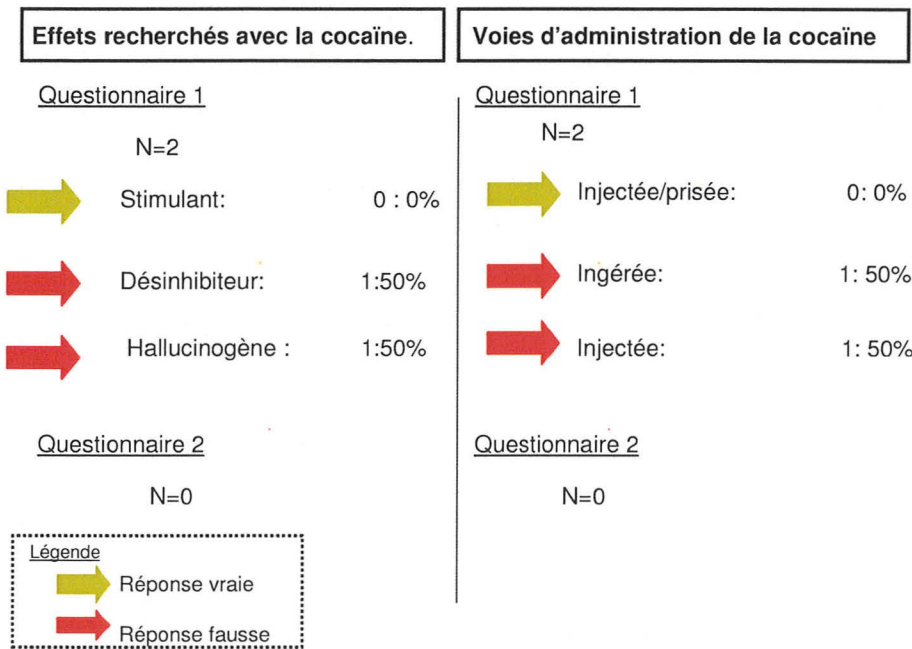


Figure 20 : Effets recherchés et voie d'administration de la cocaïne : Réponses aux questionnaires 1et 2.

Il en est de même pour la voie d'administration. Prenons d'abord l'exemple de l'héroïne qui aujourd'hui dans les pratiques courantes s'injecte, se fume, et plus nouvellement se prise (se sniffe). La majeure partie des pharmaciens : 76.9% connaissent la pratique d'injection cependant aucun n'a noté toutes les techniques. Au deuxième questionnaire 54.5% ont acquis les trois méthodes. (Figure 21)

Pour la cocaïne nous n'avons pas obtenu de cas au deuxième questionnaire, nous ne pouvons donc pas établir dans ce contexte une évolution. Toutefois au premier questionnaire les pharmaciens ont répondu à 50% qu'elle s'injectait et à 50% qu'elle s'ingérait. Les deux voies connues étant l'injection et le prisage. (Figure 20).

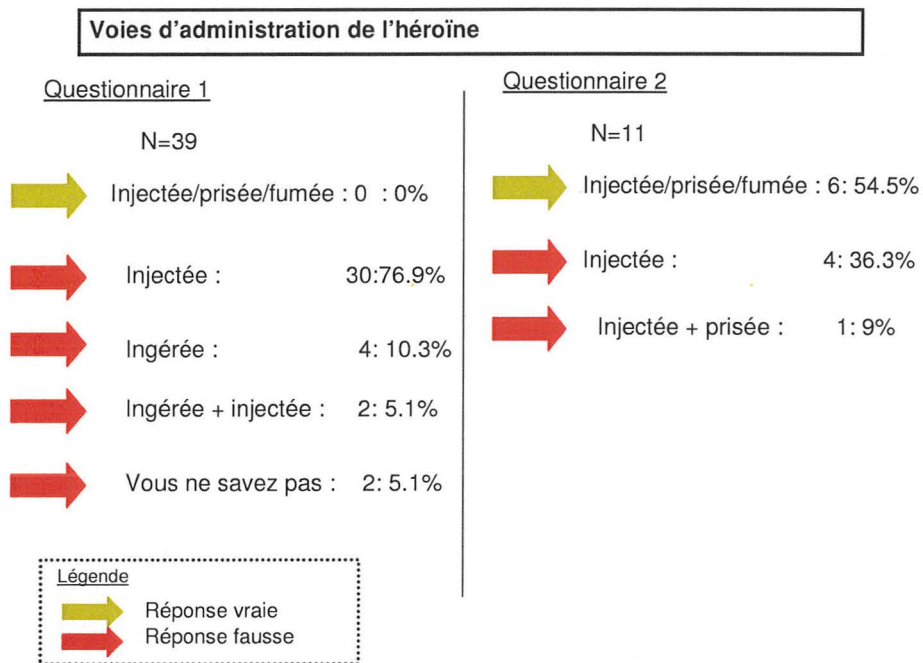


Figure 21 : Voies d'administration de l'héroïne : Réponses aux questionnaires 1 et 2.

5. Enquête de sensibilisation du pharmacien à la pharmacodépendance

En ce qui concerne la dépendance, prenons pour exemple tout d'abord l'héroïne : 58.9 % des pharmaciens au premier questionnaire contre 81.8 % au deuxième ont formulé la réponse souhaitée, à savoir : dépendance physique et psychique. Quant à la dépendance primaire ou secondaire, les pharmaciens m'ont interrogé à maintes reprises sur la définition de ce terme. Il en résulte globalement un fort taux d'abstention pour le remplissage du premier questionnaire : ce taux est de 76%. Il s'améliore au second questionnaire avec un taux de 45.5%. Les réponses formulées sont décevantes car 12.8% et seulement 9% au premier et second questionnaire respectivement ont noté que la dépendance était secondaire, ce qui est le cas des patients sous TSO.

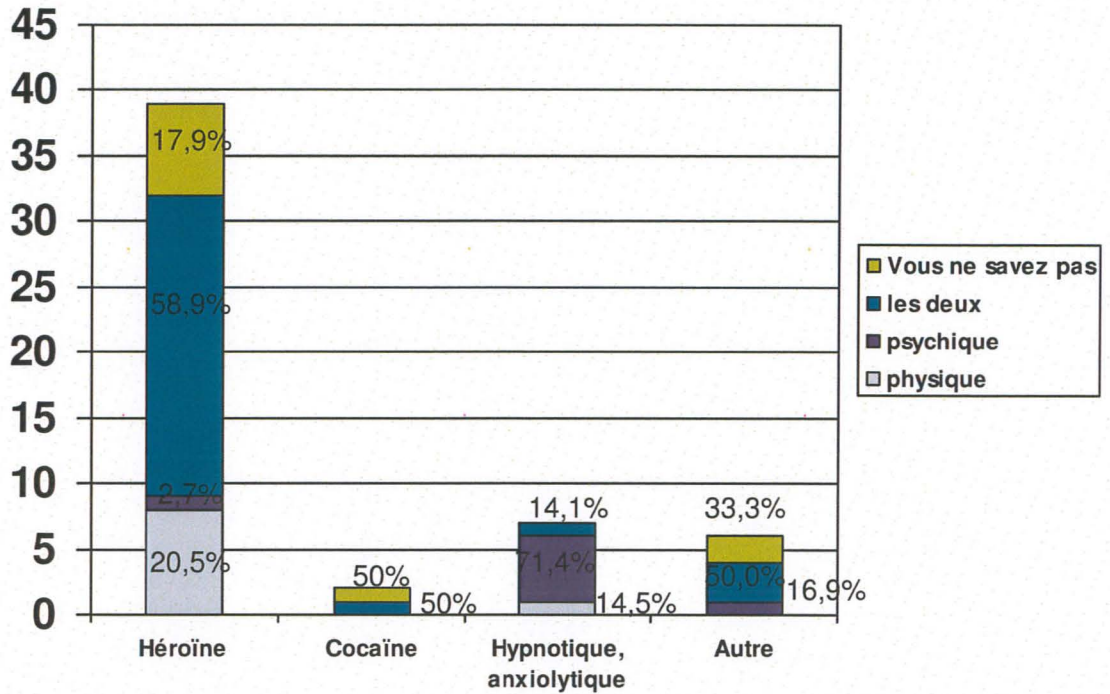
Pour la cocaïne 50% ont répondu au premier contact que la dépendance était physique et psychique (ce qui est le cas) et 50% ont répondu qu'ils ne savaient pas. L'un des deux cas relate une dépendance primaire. Aucun cas n'a été décrit au second contact, nous ne pouvons donc pas décrire d'évolution.

Au premier questionnaire les dépendances aux hypnotiques sont classées à 71.4% comme des dépendances psychiques par les pharmaciens. Ils notent le plus souvent une dépendance primaire (57.1%). Après sensibilisation, 66.7% ont fourni la réponse souhaitée : dépendance physique et psychique. Ce pourcentage est tout de même à relativiser car il fait l'objet de l'analyse de trois cas. Le type primaire ou secondaire n'est pas renseigné à hauteur de 66.67% des cas. Les autres 33.33% pensent que le patient est dépendant primaire à la substance.

Pour les analgésiques opioïdes : le seul pharmacien ayant traité un cas de dépendance à ce type de substance au second passage a répondu que la dépendance était physique et psychique, ce qui est le cas, mais ne connaissait pas le caractère primaire ou secondaire de cette dépendance. (Figures 22 et 23)

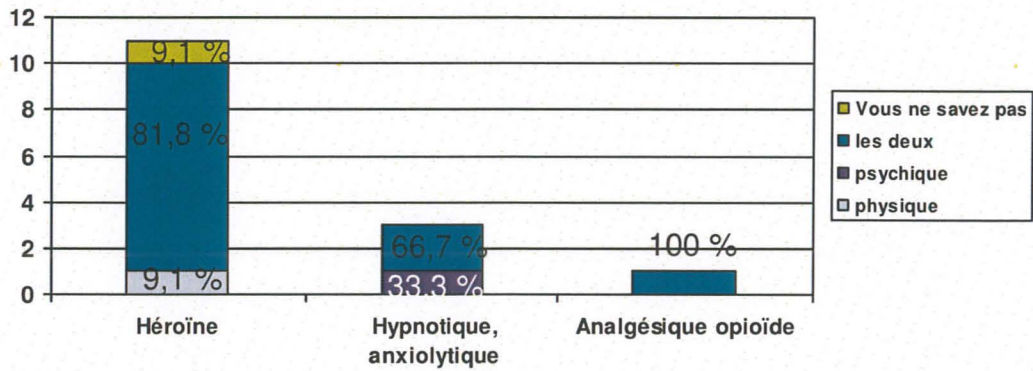
5. Enquête de sensibilisation du pharmacien à la pharmacodépendance

Nombre de cas



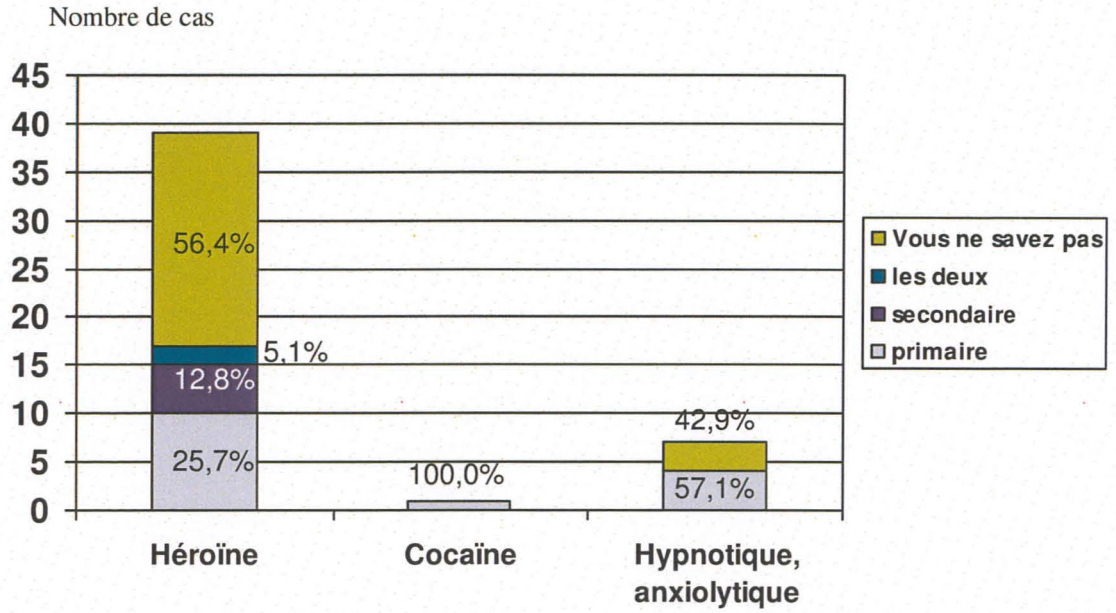
Questionnaire 1

Nombre de cas



Questionnaire 2

Figure 22 : Dépendances physique et psychique : Réponses aux questionnaires 1 et 2.



Questionnaire 1

Nombre de cas

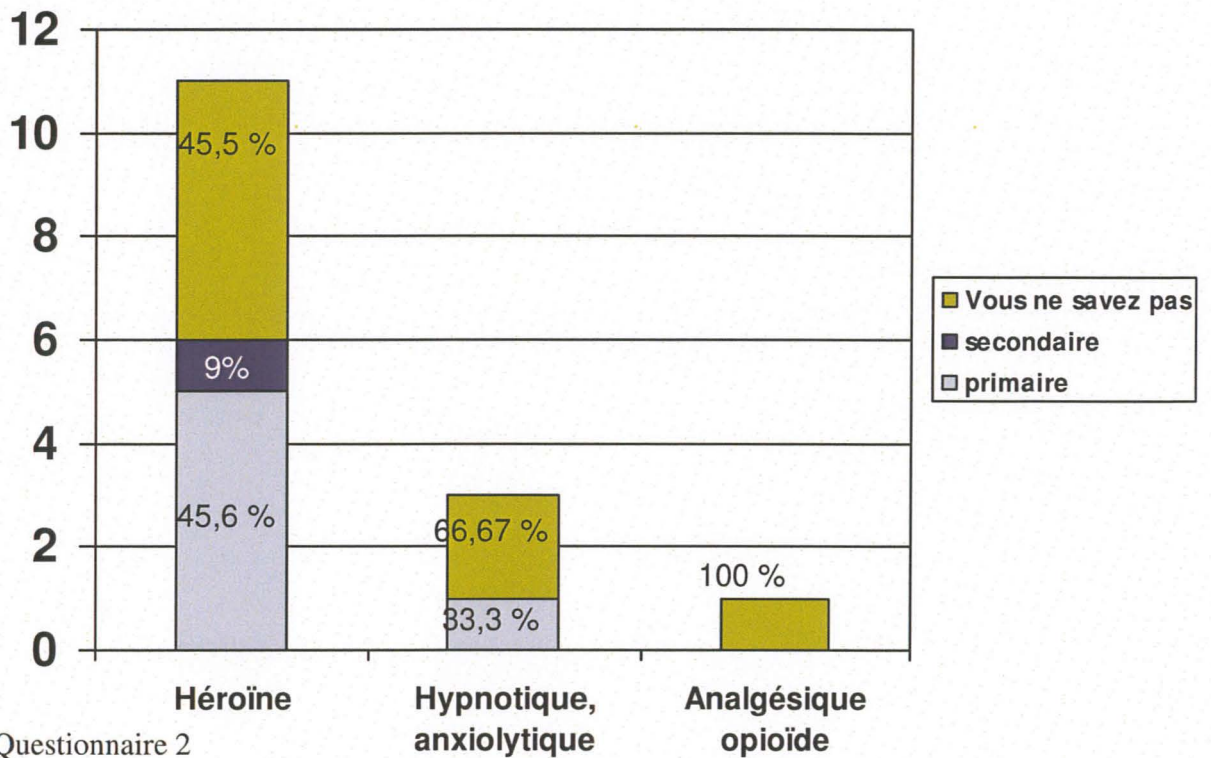


Figure 23 : Dépendance primaire et secondaire aux substances psycho actives : Réponses aux questionnaires 1 et 2.

Cette enquête a prouvé la nécessité d'un travail important d'information et de formation des pharmaciens. L'ensemble des données recueillies se rapportant à la connaissance des substances psycho actives nous amène à confirmer que la sensibilisation réalisée a été bénéfique dans son ensemble. La rapidité de mutation de la culture de base du pharmacien par l'intermédiaire de la brochure montre l'appréciation de l'outil d'information utilisé.

5.3.4. Axe 4 : Sensibilisation à l'évaluation de la dépendance (à partir d'un cas concret)

Pour l'analyse des résultats suivants nous aborderons le côté quantitatif plutôt que le qualitatif. En effet notre objectif lors du remplissage de cette grille d'évaluation de la dépendance était de connaître si le pharmacien possédait la réponse à la question, plutôt que de savoir quelle réponse il fournissait. Nous n'analyserons pas les cas de dépendance à la cocaïne et aux analgésiques opioïdes car ils ne sont pas significatifs (2 cas abordés).

-Evaluation des signes physiques et compulsifs de la dépendance

En moyenne pour les quatre questions concernant l'évaluation des signes physiques et compulsifs de la dépendance (tolérance, symptômes de sevrage, doses utilisées, désir d'arrêter la consommation) les réponses ont été données à hauteur de 71% au premier questionnaire et à 75% au deuxième.

Nous notons entre les deux contacts une amélioration dans les taux de réponses, tant en ce qui concerne la connaissance de la tolérance envers la substance (64% contre 83.3%), que les doses utilisées (62% contre 73.3%). A la différence on note une diminution des réponses à la question des symptômes de sevrage rencontrés par le patient (80 % contre 78.6%), et à celle du désir d'arrêter la consommation (78% contre 64.3%). Ces taux de réponse atteignent un seuil tout à fait convenable cependant.

Deux bénéfiques ont été observés sur la question se rapportant à la tolérance, cinq sur la question des doses utilisées par le patient, et enfin deux envers la question du désir d'arrêter la consommation chez des pharmaciens ayant une pratique de type 1. Un pharmacien ayant ce type de pratique régresse dans sa réponse à la dernière question de ce lot au deuxième questionnaire. De même les pharmaciens ayant une pratique de type 3 comptabilisent deux améliorations par rapport à la question sur le désir d'arrêter la consommation entre les deux contacts.

Notons quelques pourcentages intéressants : 57.1% des pharmaciens au premier questionnaire et 66.7% au deuxième observent une tolérance chez leurs patients dépendants aux hypnotiques, anxiolytiques. Dans la plupart des cas lorsque ceux-ci arrêtent leur traitements, ils constatent des symptômes de sevrage à hauteur de 57.1% contre 100% au deuxième questionnaire. Les doses utilisées ou la durée de traitement sont toujours supérieures à ce qui était prévu. Quatre patients sur cinq ont déjà essayé d'arrêter la consommation au premier questionnaire contre deux sur trois au deuxième questionnaire.

Pour l'héroïne, les pharmaciens notent moins de tolérance chez leurs patients qu'avec les hypnotiques, anxiolytiques au premier questionnaire (53.8%), mais ceci ne se vérifie pas au deuxième questionnaire (87.5%). Les symptômes de sevrage sont importants (66.7% contre 50% au premier et deuxième questionnaire). Les doses utilisées ou la durée sont supérieures à ce qui était prévu dans environ 1 cas sur 4 au premier questionnaire et 1 cas sur 2 au deuxième. Quant au désir d'arrêter la consommation, il est bien plus important avec l'héroïne qu'avec les hypnotiques (58.9% au premier questionnaire contre 45.5% au deuxième).

De nombreuses informations sont communiquées par l'intermédiaire de ces questions. Les données sont d'autant plus faciles à fournir qu'elles peuvent être facilement appréciées par le pharmacien. (Tableau I)

-Evaluation des conséquences dommageables de la dépendance

En moyenne pour les quatre questions concernant les conséquences dommageables (temps passé à la recherche de la substance..., problèmes relationnels, problèmes de santé liés à la consommation, fraude/détournement ; mésusage), les réponses ont été données à hauteur de 76.3% au premier questionnaire et à 51.3% au deuxième.

Autour des différents items abordés, globalement nous ne pouvons constater aucuns bénéfices dans les taux de réponses entre les deux questionnaires.

En effet à l'item abordant les problèmes relationnels ou professionnels liés à la consommation, quatre pharmaciens relatant d'un même type de dépendance dans les deux questionnaires savaient la réponse au premier et ne la savaient plus au deuxième. La réponse la première fois avait dû être donnée au hasard. Les réponses d'un seul pharmacien ont évolué positivement. Les réponses à cette question sont fournies en moyenne à hauteur de 87.2% contre 75% au premier et deuxième questionnaire respectivement. 66.7 % des pharmaciens observent des problèmes relationnels chez des patients dépendants à l'héroïne.

Les problèmes exposés sont à 41.7% de type perte d'emploi, de logement ou rupture familiale totale au premier questionnaire. Ces problèmes sont relatés en moyenne à hauteur de 50% au second questionnaire. Pour les patients usant des hypnotiques et anxiolytiques, 71.4% contre 100% des pharmaciens au premier et deuxième questionnaire respectivement notent dans 60% des cas chez leurs patients des tensions professionnelles, familiales, sociales, ou avec le milieu médical.

Les pharmaciens, au cours de cette enquête ont noté qu'un plus grand nombre de cas de dépendance aux hypnotiques, anxiolytiques étaient générateurs de problèmes relationnels que l'héroïne mais moins désocialisant. Or il est certain que la consommation d'héroïne est fréquemment révélatrice d'un mal être et correspond à la recherche d'un oubli de ses

souffrances. Elle conduit la plupart des consommateurs à la précarité et la marginalisation et à la délinquance. Ces données sont moins confirmées pour les hypnotiques, anxiolytiques.

Les problèmes de santé décrits par les pharmaciens sont de type « hépatite C, abcès dus à l'injection de Subutex®, accident de voiture, anorexie, infections, hépatite B, Sida, troubles du comportement, syndrome de Popeye ». Ces problèmes constituent la panoplie des problèmes rencontrés suite aux injections de produits (héroïne, usage détourné du Subutex ® et plus rarement injection de stimulants...). Les notifications décrites ci-dessus sont toutes la résultante de l'usage d'héroïne ou de l'usage détourné du Subutex®. Depuis 2 ans, le dispositif TREND (Tendances Récentes et Nouvelles Drogues) rapporte des observations qualitatives de problèmes de santé fréquemment considérés comme consécutifs à des injections de BHD, ceux-ci sont les suivants : oedèmes des mains et des avants bras, abcès, veine bouchée, thrombose, phlébite, hématomes.(23)

En moyenne 87% des pharmaciens au premier questionnaire contre 57.1% au deuxième ont répondu à la question.

Ainsi 46.2% contre 30% des pharmaciens notent des problèmes de santé liés à l'usage d'héroïne au premier et second questionnaire respectivement. Ce taux est relativement faible comparé aux 57.1% et 100% notés pour la dépendance aux hypnotiques, anxiolytiques aux deux questionnaires, ce qui est étonnant. En effet les problèmes de santé lourds liés à la consommation de drogues illicites restent largement dominés par la consommation d'héroïne qui demeure le principal produit à l'origine des prises en charges sanitaires et sociales.

Relativisons tout de même ce résultat car ils sont le fait de seulement 7 cas de dépendance aux hypnotiques au premier questionnaire et de trois au deuxième.

Une amélioration et une régression ont été observées à la réponse à cette question chez des pharmaciens relatant du même cas.

Une explication peut être fournie pour le faible taux de participation à la question concernant le temps passé pour obtenir, consommer ou récupérer de l'utilisation du médicament ou de la substance : cette question a été maintes fois incomprise. Elle enregistre un taux d'abstention important (44% contre 57.1% au premier et deuxième questionnaire). Il serait nécessaire de la reformuler. Nous n'analyserons donc pas plus en détail ces résultats.

Une amélioration a été cependant notée chez un pharmacien ayant une pratique de type 1.

Les comportements de transgression à type de fraude notifiés sont « nomadisme pharmaceutique (patients comportant différentes ordonnances de Subutex® allant voir différents médecins), chevauchement d'ordonnances, produits revendus, vol ». Ces notifications relevées par les pharmaciens sont à 71.4% la résultante d'un usage d'hypnotique, anxiolytique et dans 43.6% des cas d'un usage d'héroïne au premier questionnaire. Les pharmaciens n'ont pas su répondre à cette question au deuxième questionnaire à hauteur de 45.5%. Au premier ce taux atteignait 24.5%.

Cinq pharmaciens qui avaient su répondre au premier questionnaire n'ont pas su répondre la deuxième fois alors qu'ils relataient du même cas.

Les comportements de mésusage décrits sont : « injection de Subutex®, surconsommation de médicaments », un pharmacien décrit un patient ayant avalé une boîte entière de Rohypnol® sous ses yeux. Le taux d'abstention à cette question est record. En effet 73.3% des pharmaciens au deuxième questionnaire n'étaient pas en connaissance de la réponse contre 44% au premier.

Ce mauvais taux de réponse peut s'expliquer par le fait que le pharmacien peut difficilement aborder le sujet avec le patient. 35.9% contre 18.2% au premier et deuxième questionnaire sont les taux de mésusage constatés par les pharmaciens lors de l'utilisation

5. Enquête de sensibilisation du pharmacien à la pharmacodépendance d'héroïne ou de son traitement substitutif. Ils étaient 14.3% à constater que les hypnotiques étaient mal utilisés.

Un pharmacien a fourni cette réponse supplémentaire lors du remplissage du deuxième questionnaire. Deux pharmaciens ont régressé dans leur réponse. (Tableau I)

La fédération française d'addictologie rapporte qu'environ 25% du Subutex ® prescrit en France est détourné, mais que ces détournements ne sont le fait que de 6% des personnes recevant une prescription. (24). Il est donc difficile au pharmacien de jouer un rôle dans la prévention du mésusage.

L'injection du Subutex ® est rendue possible par le caractère hydrosoluble du produit : la BHD est écrasée, filtrée, dissoute, éventuellement chauffée, avant injection. Parfois la dilution se fait dans la salive, l'emploi de jus de citron est exceptionnel. (25)

Evaluation des signes physiques et compulsifs de la dépendance										
	Questionnaire 1					Questionnaire 2				
	% rép	OUI	NON	VNSP	% abst	% rép	OUI	NON	VNSP	% abst
Tolérance	64				36	83,3				16,7
Héroïne	64,1	21	4	14	35,9	87,5	7	0	1	12,5
Hypnotique	85,7	4	2	1	14,3	66,7	2	0	1	33,3
Cocaïne	0	0	0	2	100					
Analgésiques opioïdes	50	1	0	1	50	100	1	0	0	0
Synptômes de sevrage	80				20	78,6				18,7
Héroïne	82	26	6	7	18	70	5	2	3	36
Hypnotique	71,4	4	1	2	38,6	100	1	2	0	0
Cocaïne	50	1	0	1	50					
Analgésiques opioïdes	100	2	0	0	0	100	1	0	0	0
Doses utilisées	62				38	73,3				26,7
Héroïne	53,9	11	10	18	46,1	63,6	5	2	4	36
Hypnotique	100	6	1	0	0	100	2	1	0	0
Cocaïne	50	1	0	1	50					
Analgésiques opioïdes	100	2	0	0	0	100	1	0	0	0
Autres										
Désir d'arrêter	78				22	64,3				35,7
Héroïne	76,9	23	7	9	23,1	63,6	5	2	4	36
Hypnotique	85,7	2	4	1	14,3	66,7	1	1	1	33
Cocaïne	50	1	0	1	50	100				
Analgésiques opioïdes	100	2	0	0	0	100	0	0	0	0
Conséquences dommageables										
Temps passé	66				44	42,9				57,1
Héroïne	64,1	17	8	14	35,9	30	3	0	7	70
Hypnotique	85,7	6	0	1	14,3	100	3	0	0	0
Cocaïne	0	0	0	2	100					
Analgésiques opioïdes	100	1	1	0	0	0	0	0	1	100
Problèmes relationnels	87,2				12,8	75				25
Héroïne	91,7	24	9	3	8,3	52,5	4	1	3	48
Hypnotique	85,7	5	1	1	14,3	100	3	0	0	0
Cocaïne	0	0	0	2	100					
Analgésiques opioïdes	100	2	0	0	0	100	0	1	0	0
Problèmes de santé..	87				13	57,1				42,9
Héroïne	69,2	18	9	12	30,8	40	3	1	6	60
Hypnotique	100	4	3	0	0	100	3	0	0	0
Cocaïne	50	1	0	1	50					
Analgésiques opioïdes	100	2	0	0	0	100	1	0	0	0
Fraude/détournement	75,5				24,5	54,5				45,5
Héroïne	74,4	17	12	10	35,6	37,5	2	1	5	53
Hypnotique	85,7	5	1	1	14,3	66,7	0	2	1	33
Cocaïne	100	0	1	0	0					
Analgésiques opioïdes	100	1	1	0	0	100	0	1	0	0
Mésusage	66				44	26,7				73,3
Héroïne	66,7	14	12	13	33,3	27,3	2	1	8	72,7
Hypnotique	57,1	1	3	3	42,9	0	0	0	3	100
Cocaïne	50	0	1	1	50					
Analgésiques opioïdes	100	1	1	0	0	100	1	0	0	0

Tableau I : Pourcentages de réponses, types de réponses, et pourcentages d'abstentions obtenus aux questions concernant l'évaluation des signes physiques et compulsifs de la dépendance et l'évaluation des conséquences dommageables aux deux questionnaires .

Légende : ■ Evolution positive ■ Evolution négative
% rép : % de réponse, % abst : % d'abstention, VNSP : Vous ne savez pas

Par la suite, nous avons trouvé intéressant de croiser les données : score de gravité de la pharmacodépendance avec le type de pharmacie et la substance psycho active faisant l'objet de dépendance. Pour calculer le score de gravité, nous avons utilisé la méthode décrite au 5.2.1.2.

Sur les 39 cas de dépendance à l'héroïne au premier questionnaire, 31 concernent des dépendances avérées avec un score de gravité supérieur à 5 et 2 cas ont un score maximum de 24. Nous constatons que sur l'échantillon de pharmacies interrogées, ce sont les pharmaciens de type 1 suivis par les types 3 et les types 5 qui détectent le plus grand nombre de pharmacodépendance avec un score de gravité supérieur à 5. Les pharmaciens de type 0 quant à eux détectent plus des pharmacodépendances de gravité inférieure avec un score inférieur à 5. D'après ce que nous avons vu au préalable, ce sont les pharmaciens de type 3 et de type 1 qui entrent le plus en collaboration avec le médecin généraliste de proximité.

Nous ne pouvons pas conclure que les pharmaciens détectant les scores de gravité les plus élevés sont ceux qui vont orienter le patient stratégiquement mais cependant il est notable que ce sont les mêmes qui accueillent les patients les plus dépendants et qui entrent le plus souvent en contact avec le médecin. Ces données sont rassurantes. (Figures 24 et 25)

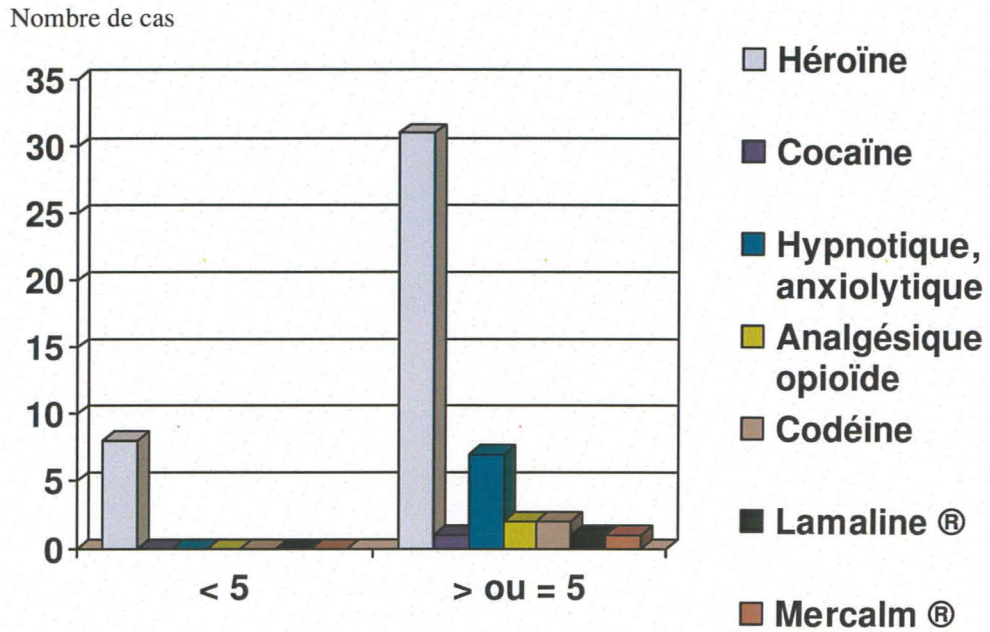


Figure 24 : Score de gravité de la pharmacodépendance obtenus pour chaque substance.

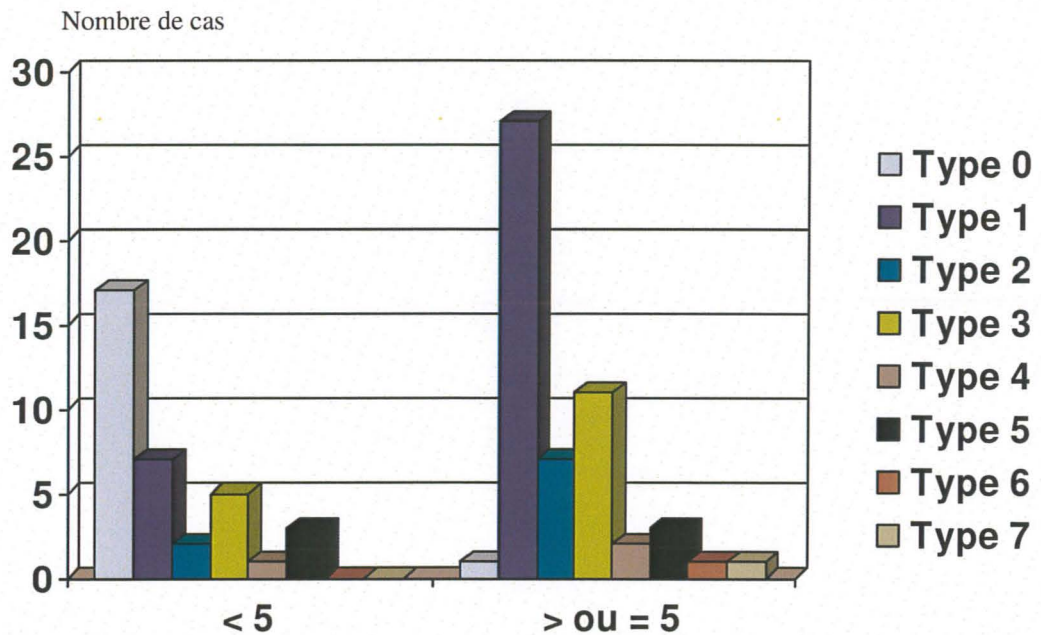


Figure 25 : Répartition des types de pharmacies en fonction des scores de gravité de la pharmacodépendance qu'elles ont fournies.

Ce dernier lot de question moins bien compris que le premier a été l'objet d'un plus faible remplissage car les réponses à ces questions nécessitent un échange avec la personne dépendante.

Cependant dans les deux lots des bénéfices ont été observés. L'amélioration est plus nette chez les pharmaciens ayant une pratique professionnelle de type 1.

Force est de constater que le support utilisé pourrait permettre aux pharmaciens d'évaluer des dépendances et d'orienter l'utilisateur, de favoriser le dialogue entre médecins, pharmaciens, et le CEIP à propos d'un patient.

En effet le pharmacien (ayant une pratique de type 1 ou 3 essentiellement) possède assez d'informations pour répondre à ce questionnaire, il entre peu en contact avec le médecin, et cet outil pourrait permettre de tisser un réseau.

5.3.5. Axe 5 : Evaluation de la qualité de la formation professionnelle

69.2% des femmes et 37.5% des hommes estiment ne pas être en général bien informés sur les drogues, la dépendance. (Figure 26)

Tout sexe confondu, le pourcentage est de 60%.

92.3% des femmes et 75% des hommes pensent que les informations reçues lors de leur formation universitaire sont incomplètes. Quel que soit le sexe, le pourcentage est de 81%.

Par tranche d'âge 100% des 25 ans, 50% des 25-30 ans, 100% des 30-40 ans, 100% des 40-50 ans et 67% des 50-60 ans estiment avoir eu formation insuffisante à la faculté.

Toutes classes confondues ce pourcentage est de 83%. (Figure 27). Les 25-30 ans se trouvent les mieux formés.

Les formations initiales à l'addictologie sont quasi inexistantes sinon insuffisantes. Les questions qui se posent alors sont quelles formations manquent ? Quel contenu donner aux formations ? Comment inciter les professionnels à se former ? Il serait nécessaire de financer de véritables études sur la primo dépendance. L'impact de ces formations devrait

5. Enquête de sensibilisation du pharmacien à la pharmacodépendance être mesuré pour en évaluer les bénéfices, les satisfactions. Une diversification des modes de formation serait stimulante.

Par exemple une piste à privilégier pourrait être de favoriser l'intervention d'associations spécialisées en réduction des risques dans le cursus universitaire des pharmaciens dans le cadre d'une UE optionnelle en formation initiale ou continue.

5.3.6. Axe 6 : Evaluation de la brochure d'information

100% des femmes et 87.5% des hommes ont trouvé la brochure d'information bénéfique soit 93% tout sexe confondu. (Figure 28)

Ce pourcentage est très intéressant, la brochure a donc suscité l'attention de la plupart des pharmaciens et les a fait progresser dans leurs réponses. Les trois parties les ayant le plus intéressé sont dans l'ordre les effets recherchés, les signes d'imprégnation des principales substances (à 76%), les substances psycho actives (à 67%), et enfin la classification, les risques, et le mécanisme d'action des substances psycho actives (à 62%). (Figure 29). La diffusion de la brochure pourrait être élargie à un plus grand nombre de pharmaciens.

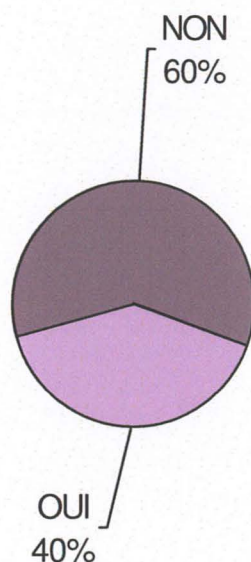


Figure 26 : Réponse à la question : En général vous trouvez-vous bien informé sur les drogues, la dépendance?

5. Enquête de sensibilisation du pharmacien à la pharmacodépendance

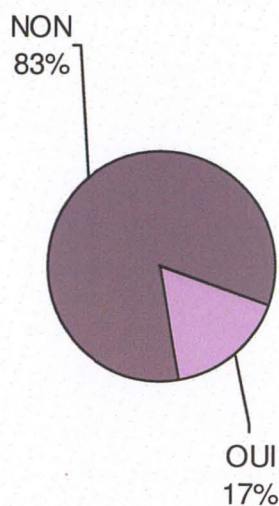


Figure 27 : Réponse à la question : Estimez-vous complètes les informations reçues lors de votre formation universitaire ?

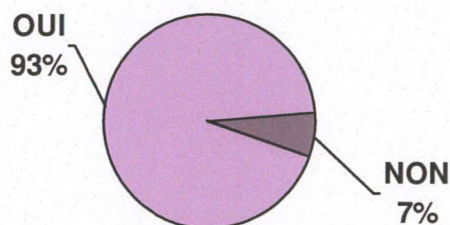


Figure 28 : Réponse à la question : la brochure d'information vous a t-elle été bénéfique ?

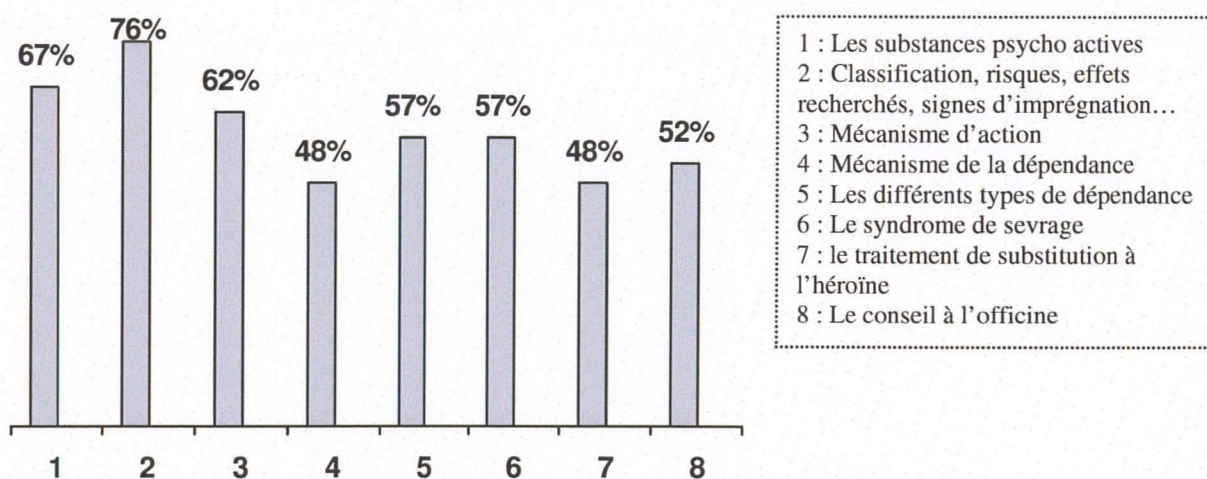


Figure 29 : Réponse à la question : Quelles sont les parties de la brochure que vous avez particulièrement trouvées intéressantes?

5.3.7 Critique et biais des travaux menés

Les données et interprétations des résultats devront être affinées. Leur lecture doit prendre en compte les biais méthodologiques tant dus la sélection de nos pharmacies qu'à la démarche de mise à disposition des questionnaires auprès de ceux-ci :

* L'élaboration des questionnaires a constitué un véritable exercice d'approfondissement et de clarification, conduisant à une formulation encore imparfaite, et par conséquent non totalement efficace.(question15)

* Le nombre d'entretiens est limité, le temps de parole très bref car le pharmacien est consacré à ses occupations.

* Le taux de réponses des pharmaciens officinaux est faible. Certaines raisons peuvent être invoquées : la toxicomanie est encore souvent associée dans l'esprit des pharmaciens à tout un cortège de contraintes, de méfiance, de difficultés qui y sont associées.

Il est manifeste que les pharmaciens officinaux a priori ne souhaitent pas passer plus de temps avec les toxicomanes qu'avec les autres patients "chroniques" (cancéreux, diabétiques, personnes âgées). Un pharmacien déclare même une franche hostilité sur une demi page en rédaction libre.

*Le second passage a dès fois été à un intervalle de temps trop éloigné du premier.

*Le traitement par fax a des fois abouti à un manque d'informations.

*La brochure n'a pas toujours été lue.

5.4 Discussion

Nous allons confronter les résultats que nous avons obtenus lors de notre enquête avec les données nationales lorsque ceci est possible. Les données disponibles concernent surtout le dispositif de RdR.

-Traitements de substitution

Rappelons que lors de notre enquête le pourcentage de pharmacien délivrant du Subutex® était de 49%, celui de Méthadone® de 35% et les deux 40.2%. En comparaison avec l'enquête menée par Nicolas BONNET dans la région parisienne en 2000 (9), les pharmaciens interrogés délivre plus de Méthadone ® (35% versus 16%) et moins de Subutex ® (49% versus 65%).

Au niveau national les ventes de Subutex[®] ont connu une très forte croissance depuis son autorisation de la mise sur le marché en 1995. En 2003, les volumes vendus équivalent à la consommation de 85 340 personnes sous 8mg/j un mois donné. La croissance nationale de la consommation de la Méthadone[®] n'a pas été aussi fulgurante que celle du Subutex[®], sa prescription en ville dépendant surtout du nombre et de l'activité locale des CSST. (26). Le rapport de vente entre Méthadone® et Subutex[®] est de 1 pour 10. (Tableau II). La Méthadone est réservée à des antécédents lourds de toxicomanie avec des périodes d'addiction longues et des poly consommations, voir poly dépendances, des problèmes affectifs et sociaux graves, des co-morbidités psychiatriques ou infectieuses, des problèmes de compliance, des cas de mésusage ou de détournement du Subutex®, ou de compulsion à l'injection. Son utilisation est à manier avec précaution pour éviter les overdoses. Certes elles existent sous Subutex® mais surtout dans un contexte de poly usages et rarement dans un contexte de suivi médical. « L'effet plafond » (au-delà d'une certaine dose variable d'un individu à un autre, il n'y a plus d'augmentation des effets des opiacés) joue en faveur de la mise à disposition de la BHD. (27)

ACCESSIBILITE DES UDIV AUX TRAITEMENTS DE SUBSTITUTION	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Nb d'UD/mois sous Subutex 8mg/j en ville (SIAMOIS)	20156	40357	59238	66244	69837	75620	80173	85343
Nb d'UD/mois sous Méthadone 60mg/j en ville (SIAMOIS)	1332	2013	2532	3502	4366	5846	7439	9375
Nb d'UD/mois sous Méthadone 60mg/j en CSST (DGS)*	2580	3426	4160	4905	5351	6804	6485	6581
NOMBRE D'USAGER/MOIS TOUS TRAITEMENTS DE SUBSTITUTION (SUBUTEX® METHADONE®)	24068	45796 (+90%)	65930 (+44%)	74651 (+13%)	79553 (+7%)	88270 (+11%)	94097 (+7%)	101299 (+8%)

* Bilan des comités de suivi départementaux des traitements de substitution (méthadone prescrite en CSST), exercice 1998, DGS/SP3/CB

Tableau II : Accessibilité des Usagers de Drogue par voie Intraveineuse (UDIV) aux traitements de substitution de 1995 à 2001. D'après (26)

- Dispositifs de réduction des risques :

o Préservatifs

Nous observons après analyse de nos résultats qu'un faible nombre de pharmaciens délivre des préservatifs à l'unité aux UD (21%). Ce pourcentage est plus faible que les 24% observés par Nicolas BONNET (9). Ce chiffre pourrait s'expliquer par la présence de préservatif dans les Stéribox®, l'offre plus attrayante dans les grandes surfaces, les préservatifs gratuits mis à disposition dans différentes structures, or nous verrons par la suite que ce n'est pas le cas à la différence des données nationales.

Cette diminution ne doit pas laisser indifférent car elle pourrait signifier un relâchement des stratégies de prévention des contaminations virales. Les données suivantes sont rassurantes : on estime à 6 700 le nombre de personnes ayant découvert leur séropositivité VIH en 2005, chiffre stable par rapport aux estimations des deux années précédentes. Depuis la mise en place de la notification obligatoire du VIH, le recul est maintenant suffisant pour analyser les données en termes de tendances. Les populations les plus touchées restent les personnes contaminées par rapports homosexuels, dont le nombre a

5. Enquête de sensibilisation du pharmacien à la pharmacodépendance augmenté depuis 2003, et les personnes d'Afrique subsaharienne. Les UD représentent une part très faible des nouveaux diagnostics (moins de 3%). Le nombre de dépistages du VIH réalisés en France est très élevé et a progressé nettement entre 2004 et 2005.

L'enquête Coquelicot InVS/ANRS3, réalisée fin 2004 dans cinq grandes villes auprès de 1500 usagers de drogues, confirme ces résultats : la quasi-totalité (95%) des usagers a eu recours au test de dépistage du VIH « au moins une fois dans la vie » et ils connaissent bien leur statut sérologique. On observe une diversité régionale importante en termes de prévalence du VIH (proportion de personnes séropositives) : de 1% à Lille à 32% à Marseille. La prévalence globale du VIH est de 11%, et elle est quasi nulle chez les moins de 30 ans. La prévalence de l'infection par le virus de l'hépatite C (VHC) est beaucoup plus élevée : 60% pour l'ensemble des usagers de drogues et 28% chez les moins de 30 ans. La prévalence du VHC est élevée dans toutes les régions (de 44 à 66%). (28)

L'ensemble de ces résultats confirme l'impact de la politique de RdR sur la diminution de la transmission du VIH chez les usagers de drogues. Cet impact est beaucoup plus limité pour le virus de l'hépatite C. Les usagers de drogues, pris en charge dans les dispositifs spécialisés et les médecins de ville, représentent la population la mieux dépistée pour l'infection à VIH.

- o Seringues

Nous constatons de même un taux de vente de seringues à l'unité faible (31%) mais tout de même supérieur aux préservatifs. Ce taux est plus important que les 12.8% observés par Marie Debrus en Ile de France sur 200 officines tirées au sort sur 6 arrondissements de Paris (29).

En comparaison avec les données nationales : l'accessibilité globale (ventes en pharmacie et distribution par les associations) des usagers de drogues aux seringues stériles n'a cessé de croître jusqu'en 1999 (+15%) passant de 15 à 18 millions, et à partir de l'année 2000, on

5. Enquête de sensibilisation du pharmacien à la pharmacodépendance constate une inflexion très importante (-42% entre 1999 et 2002) des ventes officinales de seringues stériles aux UDIV sans que cette baisse ne soit compensée par la distribution de seringues dans les programmes d'échanges de seringues ni par la vente d'autres types de seringues en pharmacie (Tableau III). (23). En 2003, cette tendance semble très légèrement s'inverser (+5%).

Diverses hypothèses, non exclusives les unes des autres, peuvent expliquer cette baisse :

- « Moins d'entrées » dans l'usage intraveineux, notamment du fait de l'utilisation de mode de consommation alternatif (sniff, fumée) chez les nouveaux usagers de drogues.

- « Plus de sorties » de l'usage intraveineux, notamment du fait de la substitution largement répandu chez les UDIV.

- Reprise de comportements de partage et de réutilisation de la seringue chez certains usagers de drogues. (26)

SERINGUES UD	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Ventes Stéribox®	3 832 654	4 614 806	5 440 032	5 759 374	5 262 384	5 304 214	5 206 788	5297890
Ventes BD 1ml unité	161 790	122 823	206 009	312 996	160 444	0	0	0
Ventes BD 1ml/30	6 479 966	6 433 436	6 076 369	7 379 847	5 154 324	2 807 952	2 147 067	2481720
Ventes BD 2ml/20	965 306	921 072	869 466	933 984	151 284	0	0	0
Ventes autres marques*	1 901 765	1 869 333	1 787 961	2 156 707	1 366 513	701 988	536 767	620 430
Ventes de BD 0.5ml	-	-	-	-	1 000 000	1 000 000	1 000 000	1 000 000
<i>Sous total seringues vendues en pharmacie</i>	13 349 477	13 963 470	14 381 835	16 544 907	13 096 949	9 816 155	8 892 624	9 400 040
Distribution associative**	1 500 000	1 500 000	1 500 000	1 500 000	1 500 000	1 500 000	1 500 000	1 500 000
TOTAL SERINGUES UDIV	14 849 477 (-5%)	15 463 467 (+4%)	15 881 835 (+3%)	18 044 907 (+14%)	14 596 949 (-19%)	11 316 155 (-22%)	10 392 624 (-8%)	10 900 040 (+5%)

Tableau III : Seringues stériles consommées par les UDIV de 1996 à 2003 (SIAMOIS/ InVS). D'après (26)

Cette stratégie de RdR semble relativement efficace sur l'adoption de comportements d'injection à moindre risque et la transmission du VIH par voie intraveineuse. Cependant, l'efficacité est limitée sur la transmission du VIH dans un contexte de partage résiduel de la seringue et de prévention insuffisante des risques sexuels par les professionnels de la prévention et les UDIV eux-mêmes. Par ailleurs, la seule réduction du partage de seringue semble inefficace sur le VHC du fait du partage résiduel, de la réutilisation du reste du matériel, d'une prévalence élevée du VHC chez les UDIV et d'une résistance plus forte du VHC dans l'environnement que le VIH. (26)

5. Enquête de sensibilisation du pharmacien à la pharmacodépendance

Selon les résultats d'une étude menée en France en 2004: étude Coquelicot sur cinq grandes villes françaises (Paris, Lille, Strasbourg, Bordeaux, Marseille) menée par l'Institut national de Veille Sanitaire et publiée dans le Bulletin épidémiologique hebdomadaire : 13% des UD déclarent avoir partagé la seringue, 38% le petit matériel lié à l'injection (coton, cuillère, eau) et 74% déclarent avoir réutilisé leur seringue (ce qui peut être considéré comme une pratique à risque si un élément relatif à la préparation du produit est mis en commun) dans le dernier mois.(30)

De plus aujourd'hui même si la consommation d'héroïne par voie intraveineuse est en diminution, on note l'apparition du recours à l'injection pour les produits stimulants. Les pharmaciens doivent rester vigilants sur ce point.

o Stéribox 2®

Les Stéribox 2® sont vendus dans un peu plus d'une pharmacie sur quatre (26%) ce qui est loin d'être en accord avec la moyenne nationale : 55% à 94% sont vendus selon les régions. Au niveau national les ventes ont très fortement augmenté ces dix dernières années : 5297890 vendus en 2003 pour 3832654 en 1996. (26). Les Stéribox 2 mises sur le marché fin 1999 contenant seringues, eau stérile, tampons, compresses stériles, message de prévention, tampons alcoolisés, préservatifs s'intègrent dans une politique de réduction des risques et de limitation de la contamination par le VHC et peuvent expliquer les diminutions de vente des seringues et des préservatifs constatées. Or dans la population de pharmaciens interrogés les ventes de Stéribox 2 ne compensent pas les faibles ventes de préservatifs et de seringues bien que celles-ci aient un taux de vente supérieur au « seuil national ».Les ventes doivent être relancées, il faut mobiliser le pharmacien à assurer des ventes, sans quoi le VHC risque de flamber.

-Codéinés

60% des pharmaciens proposent la vente de codéinés.

La codéine participe à une poly toxicomanie ou sert de drogue d'appoint chez des héroïnomanes en manque, dans le cadre d'une auto substitution et en absorbent parfois une dose aberrante. Sa consommation supprime rapidement les manifestations de manque et son accès est aisé puisque le produit est vendu sans ordonnance à un prix relativement faible.

Les ventes de Néocodion ® ont chuté après la mise en place des traitements par Subutex® et sont restées stable depuis. Les données TREND de l' OFDT, décrivent le Néocodion ® comme « un produit bas de gamme et dépassé ». La forme "comprimé" reste cependant détournée d'usage dans plus de 70% des cas. (31)

6. CONCLUSION

La situation du pharmacien comme premier maillon d'approvisionnement en substances psycho actives le confronte à un phénomène de société grandissant : la poly toxicomanie et son corollaire la pharmacodépendance. La consommation chez des usagers de plus en plus jeunes, l'évolution vers des drogues dont la dangerosité est mal connue, l'apparition de nouvelles substances de synthèse représentent les dangers de demain. Dans ce contexte, le pharmacien joue un rôle primordial dans la prévention, le soin et le suivi des usagers. Il se doit de pouvoir identifier, informer, orienter, conseiller les malades, sans pour autant avoir eu une formation adéquate.

En effet, les pharmaciens se prétendent mal formés au cours de leur cursus universitaire à 93% ; par conséquent, ce manque de connaissance les mène à ne pas pouvoir donner de réponse adaptée. Ce problème est abordé dans le plan quinquennal sur l'addiction, mais aucune mesure n'a été prise.

Au cours de notre enquête auprès d'une centaine de pharmaciens (au contact de 8.42 usagers de drogue majoritairement substitués en moyenne par semaine), nous avons voulu mesurer deux points : d'une part, si un outil d'information adapté pouvait conduire à améliorer la culture de base du pharmacien et, d'autre part, en leur proposant une grille d'évaluation de la gravité de la dépendance savoir si leur connaissance du patient pharmacodépendant évoluait.

Après sensibilisation, nous avons constaté un enrichissement des données fournies sur la connaissance du patient notamment sur l'évaluation des signes physiques et compulsifs de la dépendance (71% de réponse obtenues en moyenne au premier questionnaire contre 75% au deuxième). De plus la rapidité de mutation des connaissances fondamentales entre les deux questionnaires a permis de conclure que la brochure d'information pourrait être employée plus largement.

Cette enquête a prouvé la nécessité de former le pharmacien par exemple sous la forme d'une UE de sensibilisation aux drogues et à la pharmacodépendance accessible en

formation initiale et continue. L'évaluation d'un score de gravité de la Pharmacodépendance pourrait être le moyen de communiquer entre le pharmacien, le CEIP et le médecin à propos d'un patient.

Malgré certaines réticences, la grande majorité des pharmaciens sont prêts à s'impliquer davantage dans la prise en charge de patients pharmacodépendants.

Dans le passé, certains souhaitaient une spécialisation des pharmacies, avec une pharmacie destinée uniquement à la délivrance des traitements de substitution : cette option n'est pas souhaitable puisqu'il faut un accès aux soins et aux médicaments, et en particulier aux médicaments de substitution, pour tous les patients, y compris ceux qui habitent dans les zones peu urbanisées ; ainsi, on évitera les phénomènes de « ghetto ». La seule solution est donc de davantage former les pharmaciens à la prise en charge globale des patients dépendants, dans le cadre d'un réseau efficient de soins.

7. BIBLIOGRAPHIE

1. REYNAUD M, PARQUET J.P, LAGRUE G, Pratiques addictives (Les) : Usage, usage nocif et dépendances aux substances psycho actives, *La documentation Française* [en ligne], juillet 1999 [réf. du 05 novembre 2007], p.10-16. Disponible sur : <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/994000987/index.shtml>

2. MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS, DE LA SANTÉ ET DE LA FAMILLE, Arrêté du 28 avril 2005 relatif aux bonnes pratiques de pharmacovigilance (JO du 26 mai 2005)[en ligne], [réf. Du 22 novembre 2007]. Disponible sur : http://www.legifrance.gouv.fr/imagesJOE/2005/0526/joe_20050526_0121_0014.pdf

3. CODE DE LA SANTE PUBLIQUE (Nouvelle partie Réglementaire), *Décret n° 2007-157 du 5 février 2007 art. R5132-97* (JO 7 février 2007)[en ligne], [réf du 15 novembre 2007]. Disponible sur : <http://www.legifrance.gouv.fr/WAspad/UnArticleDeCode?commun=CSANPU&art=R5132-97>

4. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE, Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes .*CIM 10*[en ligne]. juillet 2003 [réf du 05 novembre 2007]. Disponible sur : http://www.med.univ-rennes1.fr/noment/cim10/cim10-c5.c_p3.html

5. Drogues et dépendances Indicateurs et tendances 2002.*OFDT* [en ligne], 2002[réf. du 22 novembre 2007], 368 p. Disponible sur : <http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/024000029/0000.pdf>

6. BECK F, LEGLEYE S, SPILKAET S *et al*, Exploitation des données du Baromètre santé 2005 relatives aux pratiques d'usage de substances psycho actives en population adulte. *Tendances* [en ligne].2006 [réf. du 05 novembre 2007] ,6 p. Disponible sur : <http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/eftxfbm5.pdf>

7. OFDT web site-URL

<http://www.ofdt.fr/> -Novembre 2007

8. CADET- TAIROU A, COSTES JM, BELLO PY, *et al*, Les traitements de substitution en France : résultats récents 2004 .*Tendances* [en ligne]. Juin 2004, n° 37, [réf. du 05 novembre 2007], p. 1-8. Disponible sur : http://www.ofdt.fr/BDD_len/seristat/00028.xhtml

9. BONNET Nicolas. *Evolution de l'implication du pharmacien d'officine dans la réduction des risques liés à la toxicomanie et dans la dispensation des traitements de substitution*. 111 p. Thèse : Pharmacie : Paris 11 : Châtenay-Malabry : 2001.

10. Synthèse des politiques publiques. *MILDT* [en ligne], juillet 2004 [réf. du 06 novembre 2007]. Disponible sur :

<http://www.drogues.gouv.fr/article705.html>

11. CODE DE LA SANTE PUBLIQUE (Nouvelle partie Réglementaire), Article R3411-13[en ligne], [réf. Du 15 novembre 2007]. Disponible sur :

<http://www.legifrance.gouv.fr/WAspad/RechercheSimpleArticleCode?code=CSANPUNR.rcv&art=R3411-13&indice=8>

12. MISSION INTERMINISTERIELLE DE LUTTE CONTRE LES DROGUES ET LA TOXICOMANIE, Mai 2007 [réf. du 05 novembre 07], p.5. Disponible sur :

<http://www.drogues.gouv.fr/IMG/pdf/MildtFR.pdf>

13. Décret n°92-590 du 29 juin 1992 relatif aux centres spécialisés de soins pour toxicomanes. *MILDT* [en ligne], juillet 2001 [réf. du 05 novembre 07]. Disponible sur :

<http://www.drogues.gouv.fr/article526.html>

14. Plan gouvernemental de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool 2004-2008, *MILDT* [en ligne], [réf. du 18 novembre 2007]. Disponible sur :

<http://www.drogues.gouv.fr/article1016.html>

15. ABOUT N., *Projet de loi relatif à la prévention de la délinquance* [en ligne], 6 septembre 2006, n°477, [réf. du 05 novembre 07], p.117 Disponible sur

<http://www.senat.fr/rap/a05-477/a05-4778.html>

16. PLASAIT B., OLIN N., Proposition de résolution tendant à la création d'une commission d'enquête sur la politique nationale de lutte contre les drogues illicites :

Rapport de la commission d'enquête sur la politique nationale de lutte contre les drogues illicites, *Rapport de commission d'enquête n° 321 (2002-2003)*[en ligne], juin 2003 [réf. du 08 novembre 07], 11 p.. Disponible sur : <http://www.senat.fr/rap/r02-321-1/r02-321-123.html>

17. LEPINE J.P, MOREL A, PAILLE F., REYNAUD M., RIGAUD A, Propositions pour une politique de prévention et de prise en charge des addictions Un enjeu majeur de santé [en ligne], Octobre 2006 [réf. du 05 novembre 07], 64.p. Disponible sur : http://www.sante.gouv.fr/html/actu/plan_addictions_2007_2011/rapport.pdf

18. Pharmelia web site-URL

<http://www.pharmelia.com/pharmacie.php> - Novembre 2007

19. Adpharmacien web site-URL

<http://www.pharmup.com/adpharma.html> - Novembre 2007

20. Sharelook web site-URL

www.sharelook.fr/sante/pharmacies.html - Novembre 2007

21. Actisante web site-URL

www.actisante.com – Novembre 2007

22. VICTORRI-VIGNEAU C., JOLLIET P., Score de gravité de la pharmacodépendance : proposition d'une grille d'évaluation des notifications des CEIP. *Thérapie*, 2006, p.517-22

23. BELLO PY., TOUFIK A., GANDILHON M., *et al*, Phénomènes émergents liés aux drogues en 2003 5^{ème} rapport national du dispositif TREND. *Tendances Récentes et Nouvelles Drogues*, octobre 2004, p.85.

24. JAUFFRET-ROUSTIDE M., COUTURIER E., LE STRAT Y, *et al*, Estimation de la séroprévalence du VIH et du VHC et profils des usagers de drogues en France, étude InVS-ANRS Coquelicot 2004[en ligne], 2004[réf. du 06 novembre 2007]. Disponible sur : http://www.invs.sante.fr/publications/2006/jvs_2006/1_POSTER%20COQUELICOT%20EDITION_VBAT.pdf
25. CAZORLA C., GRENIER DE CARDENAL D., SCHUHMACHER H., *et al*, Complications infectieuses et mésusage de la Buprénorphine à haut dosage, *Presse Med*, 2005, n° 34, p. 719-24
26. EMMANUELLI J., *Tendances en matière de réduction des risques sanitaires chez les usagers de drogues par voie intraveineuse de 1996 à 2003*[en ligne], 2003[réf. du 05 novembre 2007], 12.p, Disponible sur : http://212.234.146.165/publications/2005/snmi/pdf/usagers_drogues.pdf
27. KIN T., *Méthadone/Subutex®*, les raisons du déséquilibre, « *Le praticien face à l'alcool et aux drogues* », p.28, Mémoire : Médecine : Lariboisiere saint louis : 2001.
28. BERTRAND X, *Les nouvelles actions de lutte et de prévention contre le sida et les infections sexuellement transmissibles (IST)*[en ligne], Novembre 2006 [réf du 05 novembre 2007], 11.p. Disponible sur : http://www.sante.gouv.fr/htm/actu/sida_271106/dossier_de_presse.pdf
29. DEBRUS M., PFAU G., Le Stéribox®, un peu, beaucoup... pas du tout. *Transversal* [en ligne]. 2006, n° 36, [réf. du 11 novembre 2007], p. 27.Disponible sur : <http://www.sidaction.org/ressources/pdf/transversal/36/p2427.pdf>
30. JAUFFRET-ROUSTIDE M., COUTURIER E., LE STRAT Y., *et al*, Estimation de la séroprévalence du VIH et du VHC et profils des usagers de drogues en France, étude InVS-ANRS Coquelicot 2004. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 2006, n° 33, p.244-47
31. LAMBERT H., ARMAND C., GAMBIER N, Néocodion ® vers une diminution de son utilisation, *Bulletin régional sur la pharmacodépendance* [en ligne], 2002, n°2,[réf. du 06 novembre 2007], 2p.

8. ANNEXES

Annexe 1

Docteur M. MALLARET
CEIP
BP 127-38043 Grenoble cedex 9
Tel : 04 76 76 51 46



Investigatrice : **Julie CUZIN**

Tel : **06 72 22 91 08**

Fax : **09 59 54 15 77**

Cachet de la Pharmacie :



Nom du pharmacien répondant à l'enquête :

.....

Année d'obtention du diplôme de pharmacien :

.....

Enquête de sensibilisation sur les substances psycho actives et la dépendance (1^{ère} partie)

Cochez la ou les réponses choisies

Relation pharmacien - usager de drogue

1. Avez-vous rencontré dans votre officine au cours des quatre dernières semaines des problèmes particuliers liés à la toxicomanie ?

- OUI
- NON

Si OUI, quels types de problèmes ? (Plusieurs réponses possibles)

- Violence physique
- Menaces ou violence verbale
- Vol
- Autres : (précisez) :



Pratiques professionnelles-Collaboration

2. Actuellement combien de toxicomanes voyez-vous par semaine ?

..... /semaine

3. Dans votre officine, quels types de prestations par rapport à la toxicomanie proposez-vous ?

- vente de produits de substitution aux opiacés :

Si OUI précisez : Subutex ®, Méthadone®

- vente de produits de réduction des risques liés à la toxicomanie :

Si OUI précisez : Seringues, Préservatifs, Stéribox ®, autre :

- vente de codéinés

4. Dans ce domaine, travaillez-vous en collaboration avec d'autres pharmaciens de proximité ?

OUI

NON

5. Dans le cadre de la prise en charge des sujets toxicomanes, avez-vous des relations privilégiées avec des médecins généralistes de proximité ?

OUI

NON

Les questions suivantes concernent le dernier patient dépendant rencontré (1) ou celui dont vous vous souvenez le plus(2) durant les quatre dernières semaines d'exercice :

Précisez le patient choisi: (Répondre par 1 ou 2)

Sensibilisation à la connaissance générale des substances psycho actives

<p>6. Quelle est la substance psycho active principale faisant l'objet de dépendance ?</p>	<p><input type="checkbox"/> Héroïne : Le patient est-il sous traitement de substitution ? <input type="checkbox"/> OUI : précisez : <input type="checkbox"/> Subutex ®, <input type="checkbox"/> Méthadone® <input type="checkbox"/> NON</p> <p><input type="checkbox"/> Cocaïne <input type="checkbox"/> Amphétamines <input type="checkbox"/> Ecstasy <input type="checkbox"/> Cannabis <input type="checkbox"/> Hypnotique, anxiolytique : benzodiazépines et apparentés... précisez :</p> <p><input type="checkbox"/> Analgésiques opioïdes : précisez :</p> <p><input type="checkbox"/> Autre : précisez :</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> Vous ne savez pas</p>
<p>7. Depuis quand la personne est-elle dépendante à cette substance ? (renseignez la date de début de consommation de la substance)</p>	<p>.....</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> Vous ne savez pas</p>
<p>8. A votre avis quel est l'effet recherché avec la substance utilisée ?</p>	<p><input type="checkbox"/> Sédatif <input type="checkbox"/> Hallucinogène <input type="checkbox"/> Stimulant <input type="checkbox"/> Flash</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> Vous ne savez pas</p>
<p>9. A votre avis quelle est la voie d'administration de la substance psycho active utilisée ?</p>	<p><input type="checkbox"/> Fumée <input type="checkbox"/> Ingérée <input type="checkbox"/> Injectée <input type="checkbox"/> Prisée <input type="checkbox"/> Inhalée</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> Vous ne savez pas</p>
<p>10. S'agit-il d'une dépendance que vous qualifieriez de primaire ou secondaire, psychique ou physique ?</p>	<p><input type="checkbox"/> Dépendance primaire <input type="checkbox"/> Dépendance secondaire</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> Vous ne savez pas</p> <p><input type="checkbox"/> Dépendance physique <input type="checkbox"/> Dépendance psychique</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> Vous ne savez pas</p>

Sensibilisation à l'évaluation d'une dépendance

Evaluation des signes physiques et compulsifs de la dépendance

Ces questions concernent la personne à laquelle vous faites référence

<p>11. Existe-t-il une tolérance ?</p>	<p><input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> Vous ne savez pas</p>
--	---

12. Existe-t-il des symptômes de sevrage à l'arrêt ou une substitution pour les éviter ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> N'a jamais arrêté <input type="checkbox"/> Vous ne savez pas
13. Les doses utilisées sont-elles supérieures ou la durée est-elle supérieure à ce qui était prévu ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> Vous ne savez pas
14. Y a-t-il eu un désir, un essai infructueux d'arrêter la consommation ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> Vous ne savez pas

Evaluation des conséquences dommageables de la dépendance

Ces questions concernent la personne à laquelle vous faites référence

15. Du temps est-il passé pour obtenir, consommer ou récupérer de l'utilisation du médicament ou de la substance ?	<input type="checkbox"/> 0-Non <input type="checkbox"/> 1-Préoccupation plurimensuelle <input type="checkbox"/> 2- Préoccupation plurihebdomadaire <input type="checkbox"/> 3- Préoccupation quotidienne voire pluriquotidienne <input type="checkbox"/> Vous ne savez pas
16. Existe-t-il des problèmes relationnels ou professionnels liés à la consommation ?	<input type="checkbox"/> 0-Non <input type="checkbox"/> 1-Tensions professionnelles, familiales, sociales ou avec le milieu médical <input type="checkbox"/> 2- Arrêts de travail, avertissements, isolement familial, signalement du problème <input type="checkbox"/> 3- Perte d'emploi, de logement, rupture familiale totale <input type="checkbox"/> Vous ne savez pas
17. Existe-t-il des problèmes de santé causés par la consommation ? Par exemple, troubles de la mémoire, chutes dues à la prise de Benzodiazépines...	<input type="checkbox"/> OUI (précisez) <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> Vous ne savez pas
18. Y a-t-il eu un comportement de transgression ?	> Fraude/détournement : exagération des symptômes, modification des doses, falsification d'ordonnances, consommation de substances illicites... <input type="checkbox"/> OUI (précisez) <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> Vous ne savez pas > Mésusage <input type="checkbox"/> OUI (précisez) <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> Vous ne savez pas

Annexe 2

Docteur M. MALLARET
CEIP
BP 127-38043 Grenoble cedex 9
Tel : 04 76 76 51 46



Investigatrice : **Julie CUZIN**

Tel : **06 72 22 91 08**

Fax : **09 59 54 15 77**

Cachet de la Pharmacie :



Nom du pharmacien répondant à l'enquête :

.....

Année d'obtention du diplôme de pharmacien :

.....

Enquête sur les substances psycho actives et la dépendance (2^{ème} partie)

Cochez la ou les réponses choisies

1. D'une manière générale, vous trouvez vous bien informé sur les drogues, la dépendance ?
 - OUI
 - NON

2. Estimez vous complètes les informations reçues lors de votre formation universitaire ?
 - OUI
 - NON

3. La brochure d'information fournie vous a-t-elle été bénéfique ?
 - OUI
 - NON

Si OUI : Quelles sont les parties de la brochure que vous avez particulièrement trouvées intéressantes ?

- : Les substances psycho actives
- : Classification, risques, effets recherchés, signes d'imprégnation des principales substances
- : Mécanismes d'action des substances psycho actives
- : Le mécanisme de la dépendance
- : Les différents types de dépendance
- : Le syndrome de sevrage
- : Le traitement de substitution à l'héroïne
- : Conseils à l'officine

Si NON : quelles autres informations auriez vous souhaité avoir ?

.....

Répondez à nouveau au questionnaire en vous appuyant sur ce que vous avez lu dans la brochure d'information.

Ces questions concernent le dernier patient rencontré (1) ou celui dont vous vous souvenez le plus(2) durant les quatre dernières semaines d'exercice :

Précisez le patient choisi: (Répondre par 1 ou 2)

Sensibilisation à la connaissance générale des substances psycho actives

<p>4. Quelle est la substance psycho active principale faisant l'objet de dépendance ?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Héroïne : <ul style="list-style-type: none"> Le patient est-il sous traitement de substitution ? <input type="checkbox"/> OUI : précisez : <input type="checkbox"/> Subutex®, <input type="checkbox"/> Méthadone® <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> Cocaïne <input type="checkbox"/> Amphétamines <input type="checkbox"/> Ecstasy <input type="checkbox"/> Cannabis <input type="checkbox"/> Hypnotique, anxiolytique : benzodiazépines et apparentés... précisez : <input type="checkbox"/> Analgésiques opioïdes : précisez : <input type="checkbox"/> Autre : précisez :
<input type="checkbox"/> Vous ne savez pas	

5. Depuis quand la personne est-elle dépendante à cette substance ? (renseignez la date de début de consommation de la substance)	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> Vous ne savez pas</p>
6. A votre avis quel est l' effet recherché avec la substance utilisée ?	<input type="checkbox"/> Sédatif <input type="checkbox"/> Hallucinogène <input type="checkbox"/> Stimulant <input type="checkbox"/> Flash <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> Vous ne savez pas</p>
7. A votre avis quelle est la voie d'administration de la substance psycho active utilisée ?	<input type="checkbox"/> Fumée <input type="checkbox"/> Ingérée <input type="checkbox"/> Injectée <input type="checkbox"/> Prisée <input type="checkbox"/> Inhalée <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> Vous ne savez pas</p>
8. S'agit-il d'une dépendance que vous qualifieriez de primaire ou secondaire, psychique ou physique ?	<input type="checkbox"/> Dépendance primaire <input type="checkbox"/> Dépendance secondaire <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> Vous ne savez pas</p> <input type="checkbox"/> Dépendance physique <input type="checkbox"/> Dépendance psychique <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> Vous ne savez pas</p>

Sensibilisation à l'évaluation d'une dépendance

Evaluation des signes physiques et compulsifs de la dépendance

Ces questions concernent la personne à laquelle vous faites référence

9. Existe-t-il une tolérance ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> Vous ne savez pas</p>
10. Existe-t-il des symptômes de sevrage à l'arrêt ou une substitution pour les éviter ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> N'a jamais arrêté <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> Vous ne savez pas</p>
11. Les doses utilisées sont-elles supérieures ou la durée est-elle supérieure à ce qui était prévu ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> Vous ne savez pas</p>
12. Y a-t-il eu un désir, un essai infructueux d'arrêter la consommation ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> Vous ne savez pas</p>

Evaluation des conséquences dommageables de la dépendance

Ces questions concernent la personne à laquelle vous faites référence

<p>13. Du temps est-il passé pour obtenir, consommer ou récupérer de l'utilisation du médicament ou de la substance ?</p>	<p><input type="checkbox"/> 0-Non <input type="checkbox"/> 1-Préoccupation plurimensuelle <input type="checkbox"/> 2- Préoccupation plurihebdomadaire <input type="checkbox"/> 3- Préoccupation quotidienne voire pluriquotidienne</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> Vous ne savez pas</p>
<p>14. Existe-t-il des problèmes relationnels ou professionnels liés à la consommation ?</p>	<p><input type="checkbox"/> 0-Non <input type="checkbox"/> 1-Tensions professionnelles, familiales, sociales ou avec le milieu médical <input type="checkbox"/> 2- Arrêts de travail, avertissements, isolement familial, signalement du problème <input type="checkbox"/> 3- Perte d'emploi, de logement, rupture familiale totale</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> Vous ne savez pas</p>
<p>15. Existe-t-il des problèmes de santé causés par la consommation ? Par exemple, troubles de la mémoire, chutes dues à la prise de Benzodiazépines...</p>	<p><input type="checkbox"/> OUI (précisez) </p> <p><input type="checkbox"/> NON</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> Vous ne savez pas</p>
<p>16. Y a-t-il eu un comportement de transgression ?</p>	<p>➤ Fraude/détournement : exagération des symptômes, modification des doses, falsification d'ordonnances, consommation de substances illicites...</p> <p><input type="checkbox"/> OUI (précisez) </p> <p><input type="checkbox"/> NON</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> Vous ne savez pas</p> <p>➤ Mésusage <input type="checkbox"/> OUI (précisez) </p> <p><input type="checkbox"/> NON</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> Vous ne savez pas</p>

Année 2007

Guide pour le pharmacien : Substances psycho actives et dépendance

❖ Les substances psycho actives

« Le "joint" de cannabis est le **premier produit illicite** consommé dans notre société »

« Les connaissances actuelles de la consommation de Gamma OH, de la Kétamine et du protoxyde d'azote ne permettent pas d'en mesurer l'ampleur. Leur **diffusion** semble toutefois **restreinte** »

OFDT web site-URL
http://www.drogues.gouv.fr - mars 2007






« L'héroïne opère un **retour discret** dans les milieux toxicomanes en France (sous forme sniffée ou fumée)...en usage secondaire pour apaiser les effets d'autres produits, de gérer la descente après une prise de cocaïne ou d'ecstasy »

« La cocaïne domine dans le paysage de la consommation chez les usagers **urbains marginalisés**. »

« Retour global aux **pratiques d'injection** pour les consommateurs d'ecstasy et de cocaïne »




« Dans le milieu festif l'ecstasy est la substance la plus consommée après le cannabis »



PRIEUR C, Toxicomanie : la prise de drogues par injection fait un retour en force. *Le Monde*, 01/07



Drogue	Représentation/ Appellation	Caractères organoleptiques	Effets recherchés	Modalités de prise
Cannabis <i>Cannabis sativa ou chanvre indien</i>	<p>▶ L'herbe</p>  <p>Autre nom : Marijuana, weed, zeb, gazon.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ Feuilles, tiges, sommités fleuries séchées. ○ Couleur pouvant aller d'un vert grisâtre à un brun verdâtre. ○ Odeur forte. 	Sédatif à faible dose Hallucinogène à forte dose	Fumée avec du tabac, ingérée ou injectée
	<p>▶ La résine</p>  <p>Autre nom: Haschich, schit, chichon, barette.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ Dérivé de la plante séchée aggloméré en bloc après fabrication. ○ De couleur verte, brune ou jaune selon les régions de production. ○ Texture sèche et dure à molle et friable. 		
	<p>▶ L'huile</p> 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Pâte visqueuse marron : concentré issu d'une extraction de la résine avec un solvant organique. 		
Cocaïne <i>Erythroxylum coca</i>	<p>▶ Forme hydrochlorée</p>  <p>Autre nom : Coke, coco, CC, blanche, fraîche, cécile.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ Poudre blanche floconneuse obtenue après distillation des feuilles de cocaïer préalablement séchées. 	Stimulant	- Prisée
	<p>▶ Base : Crack</p> 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Cocaïne libérée de son sel à l'aide d'ammoniaque ou de bicarbonate de soude et d'un solvant organique. On la laisse ensuite sécher. ○ Sous forme de cristaux (petits cailloux). 		Inhalé, ou fumé seul ou avec du tabac ou de la Marijuana, parfois injecté sous forme d'huile
				- <u>Usage récréatif</u> - <u>Usage compulsif</u> : "binges" ou "cuites" : 5 à 10 prises par heure pendant 12 heures voire pendant plusieurs jours. Souvent associée à de l'héroïne, des benzodiazépines, ou de l'alcool pour pouvoir dormir ensuite.

1,2 million de consommateurs de cannabis en France en 2005 selon l'OFDT
 2458 interpellations pour usage simple de cocaïne,
 1569 pour l'ecstasy,
 256 pour les amphétamines et 3730 pour l'héroïne en 2004.

OFDT web site-URL
<http://www.drogues.gouv.fr> – mars 2007

Drogue	Représentation / Appellation	Caractères organoleptiques	Effets recherchés	Modalités de prise
Héroïne <i>Papaverum somniferum</i>	 Autre nom : Came, blanche, poudre, brune.	<ul style="list-style-type: none"> ○ Fine poudre de couleur blanche à jaunâtre pour la plus raffinée, ou granulés marron clair à roux, voire rosés ou grisés, pour une moins bonne qualité. ○ Sensible à l'humidité, l'héroïne dégage une forte odeur de vinaigre. ○ Dérivé diacétylé semi-synthétique de la morphine qui est issu du latex recueilli sur un pavot. 	<p>Opioïde</p> <p>"Flash" (cf page 4)</p>	<p>Injectée en intraveineuse, prise ou fumée</p> <hr/> <p>Souvent consommation associée au cannabis, à la cocaïne à 30 % (« speed ball »), et aux benzodiazépines. Souvent coupée avec de la quinine.</p>
Kétamine	 Autre nom: Ket, ketty, special K, vitamine K.	<ul style="list-style-type: none"> ○ Poudre cristalline, soluble dans l'eau ou dans l'alcool ou sous forme liquide. ○ Dérivé de la phencyclidine, à structure proche du Dextrométorphane. 	<p>Hallucinogène</p> <p>- « K hole » : high associant euphorie, sensation de flotter, doublé d'un effet analgésique (10 à 40 minutes). Puis légère stimulation, distorsion visuelle, perte de la notion du temps, impression de sortir de son propre corps, d'être proche de la mort dans une relative indifférence (durant 4 à 6 heures).</p> <p>- À fortes doses, elle provoque des altérations de la respiration et peut aussi induire une perte de connaissance voire un coma .</p>	<p>Par voie orale, injectée, sniffée ou fumée avec du tabac</p> <hr/> <p>Utilisée comme anesthésique général :</p> <p>- Imalgène®, Kétamine Virbac ® (France) Réservé à l'usage vétérinaire</p> <p>- Kétamine Panpharma ® (France) Réservé à l'usage hospitalier</p>
Le LSD <i>Claviceps purpurea</i>	 Autre nom : Acide, trip, micropointe, buvard.	<ul style="list-style-type: none"> ○ Timbres de papier buvard imprégnés, comprimés, capsules, poudre blanche cristalline ou liquide incolore et inodore. ○ Diéthylamide de l'acide lysergique qui est obtenu à partir de l'ergot de seigle (champignon parasite du seigle). ○ Structure proche de la sérotonine. 	<p>Hallucinogène</p>	<p>Par voie orale, et parfois sniffé ou injecté en transcutanée</p> <hr/> <p>Surtout adolescents et jeunes adultes lors des fins de semaine ("week end trippers")</p>

Drogue	Représentation / Appellation	Présentation	Effets recherchés	Modalités de prise
Ecstasy ou MDMA	 <p>Autre nom : Ecsta, XTC, pilon, pilule, cacheton, comprimé, taz, cse.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Comprimés de couleurs et de formes variées ornés d'un motif. Le MDMA est un dérivé amphétaminique. 	<p>Hallucinogène à forte dose Stimulant à faible dose (« effet entactogène » : cf page 10).</p>	<p>Par voie orale ou injectée</p> <hr/> <p>Consommation occasionnelle, récréative ou sociale : surtout en fin de semaine dans les raves ou les boîtes de nuit. Essentiellement chez les adultes jeunes, en association avec du tabac, du cannabis, de l'alcool, LSD, poppers.</p>
Amphétamines	 <p>Autre nom : Speed.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Comprimé ou poudre 	<p>Stimulant</p> <p>« Flash ou rush » de quelques minutes (cf page 10).</p>	<p>Voie IV ou pulmonaire pour obtenir l'effet flash. Le sniff et la voie orale produisent moins d'effet</p> <hr/> <p>- <u>Usage récréatif</u>, en société</p> <p>- <u>Usage chronique</u> où les sujets enchaînent les binges (prises répétées pendant plusieurs jours)</p>

Drogue	Représentation/ Appellation	Présentation	Effets recherchés	Modalités de prise	Risques	Signes d'imprégnation
8.	 <p>Autre nom : Gaz hilarant.</p>	Ballon	<p>Hallucinogène</p> <p>Hilarité, euphorie, sensation de flottement, hallucinations auditives et visuelles : apparaissent dans les 10 à 30 secondes après l'inhalation, et durent 2 à 3 minutes.</p>	Inhalation	<ul style="list-style-type: none"> Hypoxie voire anoxie (syncope voire décès si l'inhalation a lieu en milieu confiné). Baisse de la vigilance dans les 30 minutes qui suivent la prise. Gelures pulmonaires, nasales et laryngées, en cas d'inhalation à partir de bouteilles pressurisées. Fourmillements au niveau du visage et de la tête. <ul style="list-style-type: none"> Acouphènes. Légère dépression respiratoire et cardiovasculaire. <ul style="list-style-type: none"> Hyperthermie maligne. Distension abdominale, pneumothorax, rupture tympanique par diffusion du gaz dans ces cavités. Anxiété, panique. 	<ul style="list-style-type: none"> Immédiats : hilarité Chroniques : neuropathie périphérique
Les poppers	 <p>Autre nom : Rush, jolt.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Flacons de nitrite d'amyle et de nitrite de butyle de 10 à 15 ml. Liquide légèrement teinté jaune. 	<ul style="list-style-type: none"> Effet euphorisant très courte durée. Relaxation des muscles lisses du sphincter anal chez les homosexuels masculins. Augmentation du plaisir sexuel et renforcement de l'orgasme. 	Inhalation	<ul style="list-style-type: none"> Vasodilatation généralisée. Méthémoglobinémie. <ul style="list-style-type: none"> Asphyxie. Nausées. Brûlures nasales, oculaires ou pharyngées. 	

❖ Classification, risques, effets recherchés, signes d'imprégnation des principales substances

Dépresseurs du SNC : Opiïdes

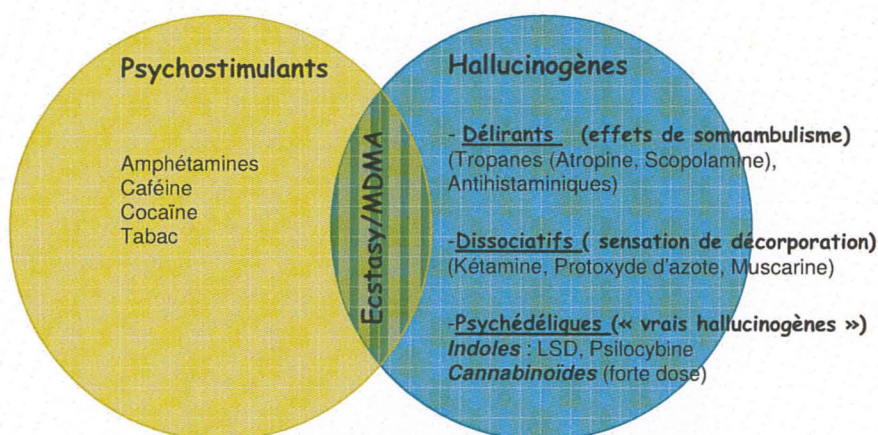
Buprénorphine
Codéine
Dextropropoxyphène
Fentanyl
Héroïne
Méthadone
Morphine

	Potentiel de dépendance	Risques	Effet recherché	Signes d'imprégnation
OPIOIDES	<p>▶ Dépendance psychique et physique +++ (cf page 8) qui passe par plusieurs stades : initiation, puis usage habituel, et usage compulsif.</p> <p>▶ Le syndrome de sevrage ne met pas en jeu le pronostic vital.</p> <p>▶ La tolérance (cf page 10) se développe surtout vis à vis des effets analgésiques, sédatifs, euphorisants, dépresseurs respiratoires, peu vis à vis de la constipation, et du myosis.</p> <p>▶ Tolérance croisée (cf page 10) (entre agonistes mu complets).</p> <p>▶ Faible neurotoxicité.</p> <p>▶ Toxicité générale forte.</p> <p>▶ Dangerosité sociale très forte.</p> <p>▶ Traitement de substitution : OUI</p>	<p>Immédiats</p> <ul style="list-style-type: none"> - Somnolence, incoordination, augmentation du temps de réaction, troubles du jugement. - Dépression respiratoire. - Hypotension et bradycardie. - Révélation ou prolongation de crise de colique hépatique. - Vomissements par stimulation de l'area postrema, surtout lors des premières administrations, antagonisés par les neuroleptiques. - Prurit, flush, urticaire et bronchoconstriction liés à une histamino-libération. - Hyperthermie, action antitussive. - Rétention urinaire. - Décès par overdose. (cf page 10) <p>Effets à moyen terme</p> <ul style="list-style-type: none"> -Diminution appétit. -Constipation. -Insomnies. -Interruption des menstruations chez la femme. <p>Effets à long terme</p> <ul style="list-style-type: none"> - Risques infectieux liés aux injections intraveineuses, infections opportunistes. - Troubles psychiatriques: (Irritabilité, impulsivité, épisodes anxio-dépressifs, état dépressif majeur, manifestations psychotiques). -Problèmes cutanés. 	<p>Flash : sensation de plaisir intense avec euphorie, avec réchauffement cutané, hypotension et bradycardie. Puis ralentissement psychomoteur avec sensation de bien être, rêverie.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Myosis serré. - Troubles de la parole. - Somnolence ou coma. - Troubles de l'attention ou de la mémoire. - Prurit. - Inclinaison de la tête par relâchement musculaire.

Dépresseurs du SNC : Sédatifs

Alcool
Antihistaminiques
Barbituriques
Benzodiazépines
Cannabis (à faible dose)
Solvants

	Potentiel de dépendance	Risques	Effet recherché
SEDATIFS	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Dépendance psychique et physique ++ (pas physique pour le cannabis) ▶ Syndrome de sevrage mettant directement en jeu le pronostic vital. ▶ Tolérance ▶ Tolérance croisée entre alcool, benzodiazépines, barbituriques. 	<ul style="list-style-type: none"> - Somnolence, incoordination, augmentation du temps de réaction, troubles du jugement. - Réactions dysphoriques (cf page 9) et/ou paradoxales. - Potentialisation des effets sédatifs. - Risque de décès par dépression respiratoire. 	<ul style="list-style-type: none"> - Effets anxiolytiques. - Relaxation. - Effets désinhibiteurs, parfois euphorie.



	Dépendance	Risques	Effets recherchés	Signes d'imprégnation
HALLUCINOGENES	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Faible dépendance psychique et physique. (pas physique pour le cannabis). ▶ Pas de syndrome de sevrage. ▶ Développement d'une tolérance généralement importante, d'installation et de disparition rapide. ▶ Tolérance croisée entre le LSD, la psilocybine. Pas de tolérance croisée avec les amphétamines, la phencyclidine ou le tetrahydrocannabinol. ▶ Forte neurotoxicité sauf pour le cannabis. ▶ Toxicité générale forte (très faible pour le cannabis). ▶ Dangersité sociale très forte sauf pour le cannabis. ▶ Traitement de substitution : NON 	<p>Immédiats</p> <p><u>Troubles neurovégétatifs</u>, plus ou moins intenses selon les produits, et selon l'état de tolérance :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nausées, vomissements, - Mydriase, yeux rouges, augmentation de l'appétit, sécheresse buccale pour le cannabis, - Hypertension modérée, tachycardie, - Hyperthermie, - Vertiges, - Incoordination, rigidité musculaire, - Tremblements, - Excitation sauf cannabis qui est sédatif. <p><u>Troubles psychiatriques</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> - « Bad trip » (cf page 10), - Etat paranoïde, - Difficultés à exprimer les pensées, - Perturbation de la mémoire immédiate pour le cannabis, et à court et long terme pour la kétamine. - Troubles du jugement, - Dépression prolongée, - Psychose aiguë : paranoïa, délire de persécution, idées de grandeur, sentiment d'omnipotence pouvant conduire à s'envoler du haut d'un immeuble ou à vouloir arrêter des voitures. Les psychoses sont peu fréquentes. <p>Liés à une utilisation chronique</p> <ul style="list-style-type: none"> - Anxiété et dépression chronique. - Précipitation vers une schizophrénie. - « Flashbacks » (cf page 10) 	<p>Hallucinations : vision de formes géométriques lorsque les paupières sont fermées (en réalité ce sont plus souvent des troubles de la perception qui sont observés, des représentations sensorielles semblables à des rêves ou des cauchemars).</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Mydriase. - Tachycardie. - Palpitations. - Sueurs. - Tremblements. - Incoordination.

	Potentiel de dépendance	Risques	Effets recherchés	Signes d'imprégnation
ECSTASY / MDMA	<p>▶ Dépendance psychique : ? (chez certains usagers) et dépendance physique très faible.</p> <p>▶ Pas de syndrome de sevrage (cependant irritabilité, angoisse, fatigue dans les jours qui suivent la prise).</p> <p>▶ Tolérance vis-à-vis des effets entactogènes. (cf page 10)</p> <p>▶ Pas de tolérance croisée.</p> <p>▶ Neurotoxicité très forte.</p> <p>▶ Toxicité générale éventuellement forte.</p> <p>▶ Dangerosité sociale faible : ?</p> <p>▶ Traitement de substitution : NON.</p>	<p>Immédiats</p> <p>- Troubles neurovégétatifs : tachycardie, sécheresse buccale, nausées, perte d'appétit, sueurs.</p> <p>- Troubles neurologiques : céphalées, vertiges, tremblements, paresthésies, troubles de la marche douleurs musculaires, trismus et bruxisme, insomnie, convulsions, mydriase, confusion, syndrome sérotoninergique, et plus rarement syndrome de type syndrome malin des neuroleptiques, AVC ischémique ou hémorragique.</p> <p>- Troubles psychiatriques : dépression, anxiété, attaque de panique ou bad trip, psychose (manque de sérotonine).</p> <p>Mortalité rare mais non liée à la dose : des cas de décès, par hyperthermie avec rhabdomyolyse et/ou défaillance multiviscérale, après prise unique, faiblement dosée, ont été enregistrés.</p> <p>Liés à une utilisation chronique</p> <p>- Hépatite surtout cytolitiques apparaissant 8 à 15 jours après la prise, évolution vers la stéatose, la cirrhose puis l'encéphalopathie favorisée par la répétition des prises.</p> <p>- Sécheresse buccale, bruxisme et caries dentaires.</p> <p>- Psychose, dépression, « flashbacks » réversibles mais pouvant être durables.</p> <p>- Troubles mnésiques infra-cliniques le plus souvent, persistant même après l'arrêt du MDMA.</p> <p>- Risques infectieux liés aux injections.</p> <p>- Lésions des neurones sérotoninergiques.</p>	<p>A faibles doses, effets entactogènes (cf page 10), excitation, diminution de la sensation de fatigue, augmentation des perceptions sensorielles.</p> <p>A fortes doses : Hallucinations</p> <p>Effets modulés par les attentes de l'utilisateur vis à vis du produit, son état psychique basal, son humeur au moment de l'utilisation, l'effet de groupe, et le lieu.</p>	<p>- Hyperactivité motrice modérée.</p> <p>- Augmentation du niveau de vigilance, diminution du temps de sommeil.</p> <p>- Mydriase.</p>
PSYCHOSTIMULANTS	<p>▶ La dépendance psychique varie en fonction des produits :</p> <p>- Fort à très fort pour la cocaïne, l'amphétamine, le tabac.</p> <p>- Modéré à faible pour les anorexigènes, le khat, l'éphédrine, les vasoconstricteurs, la caféine, le modafinil.</p> <p>La dépendance physique est faible</p> <p>▶ Syndrome de sevrage plus ou moins discret ne mettant pas directement en jeu le pronostic vital.</p> <p>Ralentissement psycho-moteur qui serait lié à une diminution de la libération de dopamine au niveau du nucleus accumbens. Mais il peut y avoir un risque suicidaire lorsqu'il se manifeste par syndrome anxio-dépressif marqué (descente ou crash).</p> <p>▶ Tolérance .</p> <p>▶ Tolérance croisée de la Cocaïne avec les Amphétamines.</p> <p>▶ Neurotoxicité forte</p> <p>▶ Toxicité générale forte</p> <p>▶ Dangerosité sociale faible</p> <p>▶ Traitement de substitution : NON</p>	<p>Immédiats</p> <p>- Cardiaques : tachycardie sinusale, poussées hypertensives.</p> <p>- Neurologiques : convulsions, AVC, tremblements.</p> <p>- Diminution des sensations de soif et de faim.</p> <p>Liés à une utilisation chronique</p> <p>- Maigrissement.</p> <p>- Psychose (paranoïa, attaque de panique, dépression, insomnie).</p> <p>- Troubles du rythme cardiaque pouvant entraîner des accidents cardiaques.</p> <p>- Risque infectieux lié aux injections.</p>	<p>- Effet de défoncé appelé flash ou rush.</p> <p>- Augmentation des performances intellectuelles et physiques.</p> <p>- Effet de désinhibition chez des patients névrotiques ou psychotiques.</p> <p>- Indifférence à la douleur et à la fatigue.</p> <p>Parfois utilisés par les patients suivant un traitement substitutif par Subutex® ou Méthadone®, pour combler l'ennui.</p>	<p>- Mydriase sauf pour la nicotine et la caféine.</p>

Autres

Antidépresseurs
Antalgiques
Laxatifs

Neuroleptiques
Poppers
Protoxyde d'azote

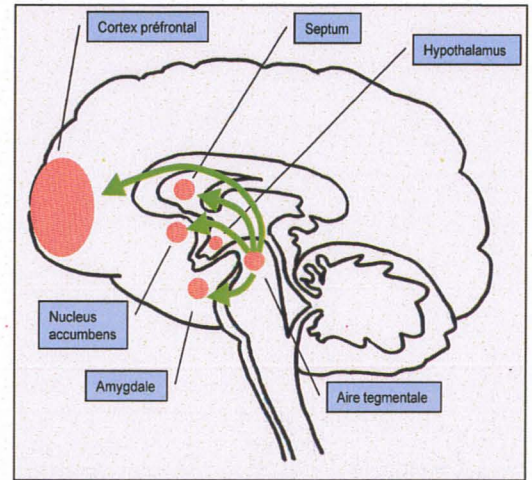
▶ Substances psychoactives ou non, sujettes à un abus ou pouvant provoquer un **syndrome de sevrage**, mais pour lesquelles il n'y a généralement **pas de cas de pharmacodépendance** définie.

❖ Mécanismes d'action des substances psycho actives

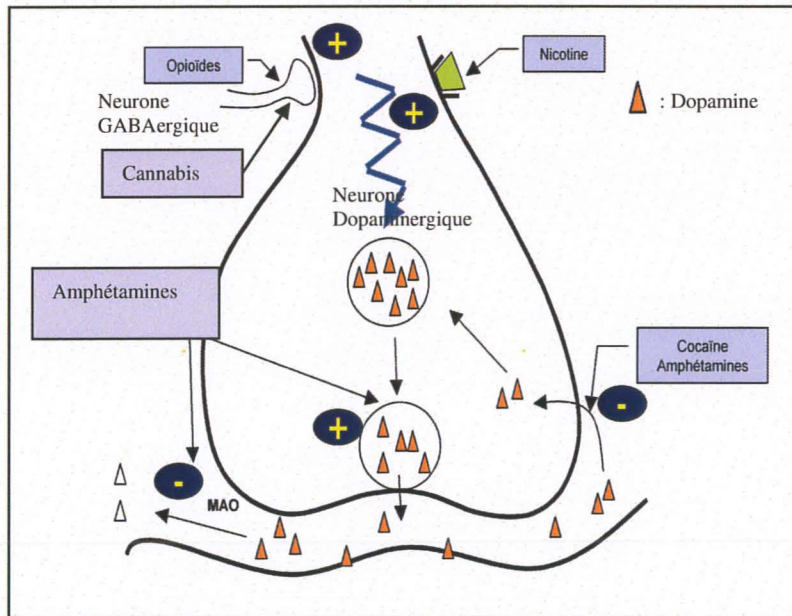
Tous les produits qui peuvent déclencher une dépendance chez l'homme ont en commun une propriété : ils **augmentent** la quantité de **dopamine** disponible dans une zone du cerveau, le **circuit de récompense**.

Le plaisir procuré par la drogue provient de son interaction avec les neurones dopaminergiques de l'aire tegmentale ventrale qui se projettent au niveau de l'hypothalamus, de l'amygdale, du septum, du noyau accumbens et du cortex préfrontal.

Les substances psycho actives sollicitent anormalement ce circuit naturel et engendrent à terme la possibilité de son déséquilibre permanent.



La plupart des produits agissent au niveau de la synapse entre le neurone dopaminergique et sa cellule cible :



1/ : Synapse entre le neurone dopaminergique et sa cellule cible : action de différentes substances psychoactives

Mais d'autres neuromédiateurs entrent en jeu :

	Dopamine	Noradrénaline	Sérotinine	GABA	Glutamate	Canaux Na+	Acétylcholine
Cannabis	↑	↑ (inhibition du relargage)		↓ (agoniste récepteurs CB1 et CB2 à l'anandamide : ↓ GABA => ↑ Dopamine)	↓ (inhibition de la transmission)		↓ (inhibition du relargage)
Amphétamine	↑ (blocage recapture et augmentation libération)	↑ (augmentation de libération et activité IMAO)	↑ (activité IMAO)				
Cocaïne	↑ (blocage recapture)	↑ (blocage recapture)	↑ (blocage recapture)			Blocage : activité anesthésique locale.	
Opioides (héroïne)	↑	↓		↓ (agoniste récepteurs mu, kappa et delta aux endorphines : ↓ GABA => ↑ Dopamine)			
Ecstasy	↑ (faible inhibition de la recapture)	↑ (antagonisme alpha 2)	↑ (blocage recapture, épuisement des stocks après quelques heures)				
Benzodiazépines		↓		↑ (potentialisateur du GABA : favorise entrée du chlore et donc une hyperpolarisation du neurone)			

2/ : Substances psycho actives et impact sur les neuromédiateurs

Source : - Centre pharmacodépendance Grenoble web site - URL

<http://www.centres-pharmacodependance.net/grenoble/ORITHYE/Neurobio/Neurobio- novembre 2006>

-LANDRY Y , GIES J.P. *PHARMACOLOGIE des cibles vers l'indication thérapeutique*, Dunod, Saint-Just-la-Pendue, 2003.

❖ Le mécanisme de la dépendance

La dopamine ainsi libérée se fixe au niveau post-synaptique au niveau des récepteurs D1 et D2-like, et entraîne des modifications structurales à long terme via l'adénylate cyclase et la phospholipase C avec des conséquences sur les phosphorylations, la régulation d'enzyme de récepteurs et de canaux.

La dopamine ne se borne pas à être un neuromédiateur important du plaisir. Elle peut être libérée en présence d'une récompense ou d'un signal associé à une récompense après une phase d'apprentissage. Cette libération de dopamine qui suit ce signal conduit l'animal à rechercher activement cette récompense. Lors d'injections répétées d'un produit à doses constantes, dans un environnement inchangé, l'activation motrice s'intensifie : c'est la sensibilisation comportementale ou tolérance inverse.

Elle peut persister plusieurs mois ou plusieurs années après l'arrêt de la consommation de la substance. On comprend pourquoi un

toxicomane peut rechuter après plusieurs années d'abstinence, lorsqu'il perçoit des signaux associés à la prise de drogue.

Il existe un niveau de base de l'activité dopaminergique : lors de l'apparition du signal de récompense, il s'ensuit une libération de dopamine, le niveau ne revenant à l'état basal qu'à l'obtention de cette récompense. Si la récompense n'arrive pas malgré le signal annonciateur, l'activité neuronale descend au dessous du seuil, d'où la sensation de malaise. Cela engendrerait une activité motrice ou psychique susceptible de ramener le taux de dopamine à un niveau acceptable (renforcement négatif).

Ce seuil est relatif et peut se trouver augmenté de manière adaptative par :

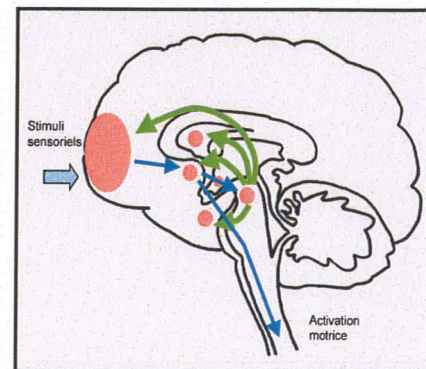
-des événements antérieurs stressants : les corticostéroïdes libérés à ces occasions sont reconnus par des récepteurs spécifiques au niveau des neurones dopaminergiques et modifient leur réactivité.

- une ingestion chronique de produits provoquant des hausses répétées de

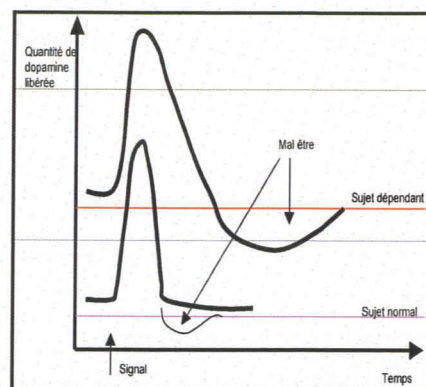
dopamine.

L'élévation chronique du seuil augmente la probabilité de se trouver dessous, donc la probabilité de se trouver en état de malaise.

La libération de dopamine dans le noyau accumbens n'a de conséquence comportementale que si certains neurones du cortex frontal sont préalablement stimulés par la noradrénaline qui aurait un rôle de synchronisateur. Ce réseau de neurones en phase serait très réactif aux stimulations.



Circuit de la récompense



Activité des neurones dopaminergiques

Source : Centre pharmacodépendance Grenoble web site - URL <http://www.centres-pharmacodependance.net/grenoble/ORITHYE/Neurobio/Neurobio>

❖ Les différents types de dépendance

Brutale ou progressive selon les produits, la dépendance est installée quand on ne peut plus se passer de consommer, sous peine de souffrances physiques et/ou psychiques.

La vie quotidienne tourne largement ou exclusivement autour de la recherche et de la prise du produit : on est pharmacodépendant.

La **pharmacodépendance** se traduit par un état psychique et quelquefois physique résultant de l'interaction entre un organisme vivant et une drogue. Cette interaction se caractérise par des modifications du comportement et par d'autres réactions qui engagent toujours fortement l'utilisateur à prendre la drogue de façon continue ou périodique afin de retrouver des effets physiques ou quelquefois d'éviter le malaise de privation. Cet état peut s'accompagner ou non de tolérance. Un même individu peut être dépendant de plusieurs drogues.

Il existe quatre types de dépendances, associées ou non :

-Dépendance physique : Etat adaptatif caractérisé, lorsque l'administration de la drogue est suspendue ou qu'un antagoniste spécifique contrecarre son action, par l'apparition de troubles physiques, symptômes de sevrage ou d'abstinence qui se manifestent par des signes de nature physique ou psychiques (syndrome déficitaire) caractéristiques de chaque drogue. Plusieurs mois après le sevrage, la dépendance physique peut se manifester par de puissantes compulsions quand le sujet est remis dans certaines situations (mécanisme de conditionnement).

-Dépendance psychique : Etat dans lequel une drogue produit un sentiment de satisfaction et une pulsion psychique exigeant son administration périodique ou continue pour provoquer le plaisir ou éviter le malaise ou le déplaisir (soulager certaines manifestations : anhédonie, angoisses dissociatives, processus productifs).

-Dépendance primaire : Processus addictif survenant chez un sujet non pharmacodépendant auparavant, apparaissant dès l'adolescence.

Exemples de substances utilisées au départ : alcool, cannabis, benzodiazépines, solvants. Evolution rapide vers les opiacés. Le risque de ce type de dépendance est le caractère tardif de la première consultation médicale.

-Dépendance secondaire : Dépendance à une substance psychoactive chez un patient déjà dépendant d'une autre substance psychoactive. Certains notent un recours aux soins plus précoce, et une bonne réactivité au traitement.

Source : Centre pharmacodépendance Grenoble web site - URL <http://www.centres-pharmacodependance.net/grenoble/ORITHYE/Neurobio/Neurobio>

❖ Le syndrome de sevrage

Il se définit comme l'ensemble des troubles somatiques consécutifs à la suppression brusque de la drogue chez un toxicomane en état de dépendance physique. Ceux-ci peuvent être soulagés par la ré administration de la substance ou par l'administration une substance proche. L'implication des différents neuromédiateurs peut être schématisée ainsi :

↘ Dopamine (ex : Toutes les substances psychoactives)	Dysphorie *
↘ Opioides (ex : Héroïne)	Douleur (myalgie), dysphorie *
↘ Sérotonine (ex : Cocaïne)	Douleur, dysphorie *, dépression, augmentation de l'appétit, insomnie, cauchemars
↘ GABA (ex : Sédatifs anxiolytiques-hypnotiques)	Anxiété, attaque de panique
↗ Noradrénaline (ex : Opioides, Sédatifs anxiolytiques-hypnotiques)	Agitation, tremblements, sueurs, tachycardie, larmoiements, rhinorrhée, mydriase
↗ Glutamate (ex: Alcool)	Mort neuronale

* Dysphorie : désigne une perturbation de l'humeur caractérisée par un sentiment déplaisant et dérangeant de tristesse, d'anxiété, de tension, d'irritabilité.

Source : Centre pharmacodépendance Grenoble web site - URL
<http://www.centres-pharmacodépendance.net/grenoble/ORITHYE/Neurobio/Neurobio- novembre 2006>

❖ Le traitement de substitution à l'héroïne

Le traitement de substitution ne constitue pas un traitement de désintoxication mais un « **outil de régulation de la dépendance** », il s'agit avant tout de stabiliser le patient dans sa consommation d'opiacé : c'est un **traitement de maintenance**. Celui-ci vise avant tout à limiter le risque de morbidité et de la mortalité lié à la toxicomanie par voie intraveineuse.

Trois facteurs sont déterminants dans le succès du traitement de substitution :

- La posologie quotidienne doit être suffisante
- Le traitement doit être poursuivi plusieurs années
- La prise en charge psychosociale reste fondamentale

Le traitement médicamenteux repose sur deux molécules : chlorhydrate de méthadone et la buprénorphine. Sont associés des médicaments limitant les manifestations du manque (antalgiques, anti diarrhéiques, hypnotiques, neuroleptiques sédatifs qui doivent être au maximum limités, le recours à des molécules spécifiques comme le ROHYPNOL ® ou le TRANXENE ® est contre-indiqué car ces produits sont désinhibiteurs), des médicaments réduisant la sécrétion centrale réactionnelle de noradrénaline résultant du manque en opiacés (clonidine, guanfacine).

Comparaison méthadone/buprénorphine

	Méthadone chlorhydrate (METHADONE AP-HP ®)	Buprénorphine chlorhydrate (SUBUTEX ®)
Présentation	Sirup uni dose prêt à l'emploi : 5, 10, 20, 40, 60 mg	Comprimés sublinguaux (boîte de 7) : 0.4, 2,8 mg
Statut légal	Stupéfiant	Liste I
Prescription	-Installation du traitement réservée aux médecins exerçant en centre spécialisé de soins aux toxicomanes. -Relais par un généraliste affilié à un réseau -Prescription sur ordonnance pour 14 jours maximum, non renouvelable	-Installation du traitement par tout généraliste -Affiliation à un réseau recommandée -Prescription sur ordonnance sécurisée pour 28 jours au maximum, non renouvelable.
Délivrance	-7 jours au maximum, sauf mention expresse du prescripteur.	-Eventuellement quotidienne (pharmacie), notamment en période d'induction du traitement -Par fraction de 7 jours, sauf mention expresse du prescripteur.
Posologie	<ul style="list-style-type: none"> ▶ initiale -20 à 30 mg en une seule prise quotidienne -Au moins 10 h après la dernière prise d'opiacés ▶ transition -Augmentation de 10 mg par semaine ▶ équilibre -60 à 100 mg par jour, parfois plus ▶ sevrage -Progressif ou transition par Buprénorphine 	<ul style="list-style-type: none"> -0.8 à 4 mg/j en une prise -Au moins 4 h après la dernière prise d'opiacés (chez les patients sous méthadone il faut réduire la dose à 30mg) -Augmentation progressive des doses -8mg à 16 mg/j -Progressif

« Le traitement de substitution ne constitue pas un traitement de désintoxication mais un outil de régulation de la dépendance ». (ANAES avril 1998)

Durée d'action	Supérieure à 24h	
Délai d'action	30 min à 1h	
Equivalence	8 mg de Buprénorphine équivalent à 60 mg de Méthadone ou à 240 mg de morphine retard	
Action pharmacologique	Opiacé agoniste μ	Opiacé agoniste μ partiel et antagoniste κ
CI absolues	-Age < 15 ans -Insuffisance respiratoire sévère	-Age < 15 ans -Insuffisance respiratoire sévère -Insuffisance hépatique sévère -Intoxication alcoolique aiguë et délirium tremens -Allaitement
Suivi du traitement	-Avant l'instauration : analyse d'urine (mise en évidence de la réalité de dépendance aux opiacés et de l'absence de prise de Méthadone) -Instauration : analyse d'urine 1 à 2 fois par semaine pendant les 3 premiers mois de traitement puis 2 fois par mois en moyenne (recherche de molécules absorbées).	
Choix de la molécule	-concerne des patients ayant régulièrement rechuté, chez lesquels la Buprénorphine n'a donné lieu qu'à des échecs ou qui tendent à s'injecter les comprimés écrasés.	-traitement de choix chez des sujets dont la dépendance remonte à moins de 3 ans ou chez des sujets ayant suivi une substitution par Méthadone et candidats à une substitution plus facile à gérer.

Source : SCHENKERY J., LEFORT L. Traitement de substitution de l'héroïnomanie. Le moniteur des pharmacies N°32, 2000, 2358 : 1-16

❖ Conseils à l'officine

Qu'il s'agisse de la délivrance de la méthadone ou celle de la buprénorphine, le pharmacien doit :

-Assurer une assistance psychologique du patient (d'où la nécessité d'une formation).

-Instaurer un dialogue avec le patient, le médecin, l'éducateur et le psychologue : le pharmacien doit s'intégrer dans ce réseau.

-Expliquer au patient les modalités techniques et les contraintes de ce type de traitement (traitement au long cours), ainsi que celle de la stratégie globale de la prise en charge et de ses limites.

(La voie sublinguale est la seule voie d'administration de la Buprénorphine ; il faut attendre 4 h entre la prise de stupéfiants et celle de Buprénorphine..)

Expliquer que la substitution est souvent émaillée de nombreuses rechutes (dans la majorité des cas

dans un délai inférieur à 6 mois).

-Etre vigilant à propos de la consommation d'autres produits et du risque de rechute : le mannitol, le paracétamol, la caféine, la codéine sont utilisés comme complément en cas de pénurie de drogue, que le MAALOX® renforce l'effet de l'ecstasy et des amphétamines, que les héroïnomanes utilisent de l'acide citrique ou de l'acide ascorbique pour dissoudre l'héroïne, et, s'ils ne peuvent l'obtenir en pharmacie ils utiliseront du jus de citron le plus souvent infecté par des champignons...

-Savoir avertir le patient que l'association à certains médicaments expose à des effets délétères (effets indésirables avec les Benzodiazépines) et qu'il y a des interactions médicamenteuses :

► Majoration de l'effet sédatif avec l'alcool de la Buprénorphine et la Méthadone.

► Buprénorphine avec :

-les **analgésiques centraux opioïdes** (ex : **tramadol**) à type de synergie ou antagonisme ;

- risque d'apparition d'un collapsus avec les **IMAO non sélectifs** ;

► Buprénorphine et Méthadone avec : les agonistes morphiniques (purs ou agonistes antagonistes : diminution de l'effet par blocage compétitif des récepteurs avec risque d'apparition d'un syndrome de sevrage .

-Expliquer qu'il faut se protéger des infections : favoriser les STERIBOX®, les préservatifs, possibilité de participer à un réseau de récupération d'aiguilles.

-Ne pas marginaliser le toxicomane et l'inciter à rechercher le contact à travers des cadres associatifs, le faire profiter des organismes spécialisés...

❖ Glossaire

Bad trip : Mauvais voyage à la drogue. Réaction anxieuse aiguë, parfois associée à des hallucinations très désagréables, qui suit la prise d'une substance psychoactive.

Entactogène : Substance qui favorise la communication, l'introspection, les contacts sociaux, l'empathie, la sensation de pouvoir s'exprimer librement.

Flashback : Récurrence transitoire des distorsions sensorielles ou hallucinations, proches de celles observées initialement sous l'influence d'une substance, pouvant survenir jusqu'à plusieurs années après l'arrêt de la substance.

Overdose : Terme anglo-saxon désignant le surdosage, mais dans le langage courant il désigne une issue fatale due à l'excès de consommation d'un produit. Trois causes principales : polytoxicomanie, mélanges dont la composition n'est pas fixe, -reprise de la drogue après une longue période d'abstinence, pendant laquelle le phénomène de tolérance a disparu.

Tolérance ou accoutumance :

Atténuation progressive des effets de la drogue, il y a donc nécessité pour l'utilisateur d'augmenter les doses pour obtenir le même effet (celle-ci est due à une réduction des récepteurs à la dopamine).

Tolérance croisée : Développement d'une tolérance qui s'étend à d'autres produits après exposition durable à un produit particulier, qui conduit à augmenter la dose dès la première administration pour retrouver l'effet désiré.

Sources : - SCHENKERY J., LEFORT L. Traitement de substitution de l'héroïnomanie, Le moniteur des pharmacies N°32, 2000, 2358 : 1-16

- BELON J.P. Conseils à l'officine Guide du suivi pharmaceutique, 5^{ème} édition, Masson, Paris.

Source : Centre pharmacodépendance Grenoble web site - URL <http://www.centres-pharmacodépendance.net/grenoble/ORI-THYE/Neurobio/Neurobio-> novembre 2006



Pour obtenir des renseignements :

En cas de détection d'une pharmacodépendance, ou de questions concernant l'ordonnance d'un toxicomane (interaction médicamenteuse..) :

CEIP Grenoble

(Centre d'Evaluation et d'Information sur la pharmacodépendance)

Téléphone : 04 76 76 51 46

Télécopie : 04 76 76 56 55

Adresse : CHU - Laboratoire de Pharmacologie—BP 127- 38043 GRENOBLE CEDEX 9

CSST

(Centre Spécialisé de Soins aux toxicomanes)

-CMS accueil et soins toxicomanes (Grenoble)

Téléphone : 04 76 54 24 29

-SITONI (Bourgoin Jallieu)

Téléphone : 04 74 27 33 49

-Hôpital Albert Michallon (Grenoble)

Téléphone : 04 76 76 52 84

Support de l'enquête
réalisée par :

Cuzin Julie

ADRESSE
ÉLECTRONIQUE :
Julie_cuzin@yahoo.fr

Avec la collaboration
de :

Mr MALLARET Michel
Médecin responsable
du CEIP Grenoble

En cas de question générale, pour aider le patient

Les écoutes :

Drogues Info Service :
0800231313

Sida info service :
0800840800

Ecoute cannabis :
0811913030

Hepatitis info service :
0800845800

Tabac info service :
0825309310

Fil santé jeune :
0800235236

Ecoute dopage :
08700152000

Les lieux d'accueil : les organismes spécialisés :

-Les points accueil écoute jeunes (PAEJ)

-Les consultations spécifiques pour le cannabis

-Aide au sevrage tabagique

-Soins en alcoologie (CCAA)

-Les CSST

-En milieu pénitentiaire

Les sites Internet :

www.drogues.gouv.fr

www.inpes.sante.fr

www.filsantejeunes.com

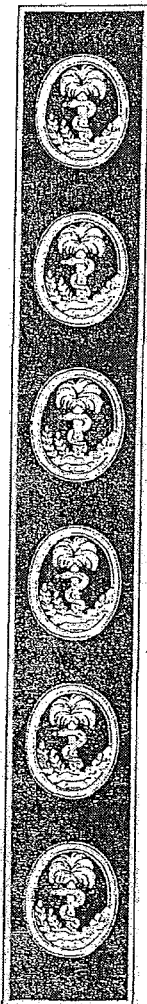
www.tabac-info-service.fr

9. SERMENT DES APOTHICAIRES

Faculté de Pharmacie de Grenoble



Serment des Apothicaires



Je jure, en présence des maîtres de la faculté, des conseillers de l'ordre des pharmaciens et de mes condisciples :

D'honorer ceux qui m'ont instruit dans les préceptes de mon art et de leur témoigner ma reconnaissance en restant fidèle à leur enseignement.

D'exercer, dans l'intérêt de la santé publique, ma profession avec conscience et de respecter non seulement la législation en vigueur, mais aussi les règles de l'honneur, de la probité et du désintéressement.

De ne jamais oublier ma responsabilité et mes devoirs envers le malade et sa dignité humaine ; en aucun cas je ne consentirai à utiliser mes connaissances et mon état pour corrompre les mœurs et favoriser des actes criminels.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobres et méprisé de mes confrères si j'y manque.

Sensibilisation des pharmaciens d'officines à la Pharmacodépendance :

Enquête avant et après sensibilisation

Thèse de Pharmacie soutenue par Julie CUZIN

Le 17 décembre 2007, à la Faculté de Pharmacie de Grenoble

Les modes de consommation des substances psycho actives ont profondément changés ces dernières décennies évoluant vers la poly toxicomanie. L'utilisation chez des usagers de plus en plus jeunes, la consommation massive de cannabis, l'explosion de la cocaïne et à moindre mesure de nouvelles drogues de synthèse représentent les dangers de demain. Le pharmacien est en première ligne de ce phénomène de société sans pour autant avoir été formé à la pharmacodépendance au cours de ses études pharmaceutiques. Pourtant celui-ci pourrait être un acteur de prévention, d'information, et d'orientation indéniable.

Après avoir exposé les différents comportements de consommation des substances psycho actives, l'évolution des consommations de drogues en France, et les bases de la législation Française, cette thèse examine le potentiel officinal dans la sensibilisation à la pharmacodépendance grâce à l'évaluation de résultats d'une enquête de terrain réalisée auprès de pharmaciens d'officines grenoblois, ainsi qu'un échantillon provenant de la France entière.

Mots-clés :

Pharmacodépendance, pharmaciens d'officines, substances psycho actives, sensibilisation.

Jury de soutenance :

Président : Mme. DELETRAZ-DELPORTE Martine

Directeur : Mr. MALLARET Michel

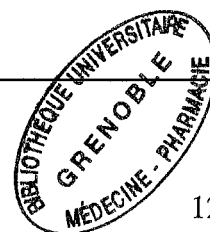
Membre : Mme. BERAS Mathilde

Adresses de l'auteur :

4, rue Beyle Stendhal

38000 Grenoble

Julie_cuzin@yahoo.fr



Sensibilisation des pharmaciens d'officines à la Pharmacodépendance :

Enquête avant et après sensibilisation

Thèse de Pharmacie soutenue par Julie CUZIN
Le 17 décembre 2007, à la Faculté de Pharmacie de Grenoble

Les modes de consommation des substances psycho actives ont profondément changés ces dernières décennies évoluant vers la poly toxicomanie. L'utilisation chez des usagers de plus en plus jeunes, la consommation massive de cannabis, l' explosion de la cocaïne et à moindre mesure de nouvelles drogues de synthèse représentent les dangers de demain. Le pharmacien est en première ligne de ce phénomène de société sans pour autant avoir été formé à la pharmacodépendance au cours de ses études pharmaceutiques. Pourtant celui-ci pourrait être un acteur de prévention, d'information, et d'orientation indéniable.

Après avoir exposé les différents comportements de consommation des substances psycho actives, l'évolution des consommations de drogues en France, et les bases de la législation Française, cette thèse examine le potentiel officinal dans la sensibilisation à la pharmacodépendance grâce à l'évaluation de résultats d'une enquête de terrain réalisée auprès de pharmaciens d'officines grenoblois, ainsi qu'un échantillon provenant de la France entière.

Mots-clés :

Pharmacodépendance, pharmaciens d'officines, substances psycho actives, sensibilisation.

Jury de soutenance :

Président : Mme. DELETRAZ-DELPORTE Martine
Directeur : Mr. MALLARET Michel
Membre : Mme. BERAS Mathilde

Adresses de l'auteur :
4, rue Beyle Stendhal
38000 Grenoble

Julie_cuzin@yahoo.fr
